

L'Assurance Individuelle contre les Accidents

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN DROIT

Présentée et soutenue le 7 décembre 1934, à 14 heures

PAR

Armand Edouard KLEIN

Président : M. Maurice PICARD, Professeur

<i>Suffragants</i> {	MM. DEMOGUE, ROUAST.	{ <i>Professeurs</i>
----------------------	-------------------------	----------------------

PARIS
LES ÉDITIONS DOMAT-MONTCHRESTIEN
F. LOVITON & C^{ie}
160, RUE SAINT-JACQUES
—
1934



Digitized by the Internet Archive
in 2026

L'Assurance Individuelle
contre les Accidents

La Faculté n'entend ni approuver, ni désapprouver
les opinions émises dans les thèses; ces opinions
doivent être considérées comme propres à leurs
auteurs.



L'Assurance Individuelle contre les Accidents

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN DROIT

Présentée et soutenue le 7 décembre 1934, à 14 heures

PAR

Armand Edouard KLEIN

Président : M. Maurice PICARD, Professeur

Suffragants { MM. DEMOGUE, } *Professeurs*
 { ROUAST. }

PARIS
LES ÉDITIONS DOMAT-MONTCHRESTIEN
F. LOVITON & C^{ie}
160, RUE SAINT-JACQUES
—
1934

BIBLIOGRAPHIE

- AGNEL (Emile). — *Manuel général des assurances ou Guide pratique des assureurs et assurés*, 6^e édit., par Christian de Corny et Gustave Dujon, Paris, 1923.
- ALAUZET (Isidore). — *Traité général des assurances*, 2 vol. Paris, 1844.
- ANCEY (César). — *L'assurance, sa technique, son mécanisme*, Paris, 1933.
- ANCEY (César) et SICOT (Lucien). — *La loi sur le contrat d'assurance* (Loi du 13 juillet 1930), 2^e édit., Paris, 1931.
- BANFIELD. — *The Principle and Practice of Accident Insurance*, London, 1929.
- BAUDRY-LACANTINERIE et WAHL. — *Des contrats aléatoires*, 3^e édit., Paris, 1907.
- BESSON (André). — « La conclusion du contrat d'assurance », *Revue Générale des Assurances Terrestres*, 1933.
- BONNEVILLE de MARSANGY (Louis), avec la collaboration de Charles Perrin et Christian de Corny. *Jurisprudence générale des assurances terrestres*, Paris, 1882.
- BRAUN (H.). — « Die Doppelzahlung bei Unfalltod. », Article dans *Zeitschrift für Versicherungswesen*, Berlin, 1928.
- « Die Unfall-Zusatzversicherung in der Lebensversicherung », article dans *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, Berlin, 1928
- « Die Bedeutung von Unfällen aller Art für die Sterblichkeit der Lebensversicherten und die Unfallzusatzversicherung », dans le rapport du X^e Congrès International des Actuaires, Rome, 1934, t. IV, p. 1 à 18.
- BRUCK. — « Das Privatversicherungsrecht. », Mannheim-Berlin-Leipzig, 1930.
- Note, *Revue Générale des Assurances Terrestres*, 1931, p. 155, sous Cour Suprême, (Allem.), 15 mai 1931.
- BÜRING und MERTINS. — *Erläuterungen zu den Unfallversicherungsbedingungen*, (incomplet), Stuttgart, 1927.
- BURLOT (André). — « L'assurance-groupe ou l'assurance collective en France », article dans *Revue Générale des Assurances Terrestres*, 1930, p. 824-835.
- BUTTOLPH. — « Note on Liability to Death from Accident », article dans *Records of the American Institute of Actuaries*, t. VII.

- CAPITANT (Henri). — « Comparaison du projet de loi relatif au contrat d'assurance déposé à la Chambre des députés, le 12 juillet 1904, avec le projet allemand de 1903 et le projet suisse de 1904 », article dans *Bulletin de la Société d'Etudes législatives*, 1906, p. 530.
- « Du recours soit de l'assureur, soit de l'assuré contre le tiers qui par sa faute a amené la réalisation du risque prévu au contrat d'assurance », article dans *Revue trimestrielle de droit civil*, 1906, p. 37.
- « La Loi du 13 juillet 1930 relative au contrat d'assurance », *Revue Générale des Assurances Terrestres*, 1930.
- Note, D., 1898.1.125, sous Req., 23 février 1897.
- Note, D., 1906.2.186, sous Montpellier, 9 janvier 1905.
- Note, D., 1922.1.15, sous Req., 13 avril 1921.
- Voir Colin et Capitant.
- CARUS. — *Unfallversicherung*, Berlin, 1931.
- CHAUFONT. — *Les assurances, leur passé, leur présent, leur avenir*, 2 vol., Paris, 1884-1885.
- COLIN ET CAPITANT. — *Cours élémentaire de droit civil français*, 3 vol., 7^e édit., Paris, 1932.
- COSACK. — *Traité de droit commercial*, traduit sur la 6^e édit. allemande par Léon Mis, t. III, Paris, 1907.
- DEMOGUE (René). — *Traité des obligations en général*, I. Source des obligations, t. IV, Paris, 1924.
- DÉROULEDE. — « La règle proportionnelle de prime », article dans *Revue Générale des Assurances Terrestres*, 1931, p. 743-764.
- DESCHAMPS (Jacques). — *L'aggravation du risque en cours d'assurance*, thèse, Paris, 1932.
- DÖRING. — *Die Luftversicherung*, Berlin, 1928.
- DORN. — « Private Unfallversicherung », dans *Handwörterbuch der Staatswissenschaften*, 4^e édit., Léna, 1928.
- DUPUICH. — *L'assurance-vie, théorie et pratique, jurisprudence*, Paris, 1922.
- EHRENBERG (Victor). — « Versicherungsrecht », Leipzig, 1893.
- « Privatversicherungsrecht », dans *Enzyklopädie der Rechts und Staatswissenschaft*, t. XIII, Berlin, 1923.
- EHRENZWEIG. — Das Gesetz vom 23 dezember 1917, R.G.Bl. Nt. 501, über den Versicherungsvertrag, Wien, 1918.
- Die Rechtsordnung der Vertragsversicherung, Wien, 1929.
- Die Unfallversicherung und die sogenannte Beweislast. Festgabe für Manes, Berlin, 1927.
- EMERIGON. — *Traité des assurances*, 2 vol. Marseille, 1783.
- EMMINGHAUS. — Private Unfallversicherung, dans *Handwörterbuch der Staatswissenschaften*, 3^e édit., Léna, 1911.
- FONTÉYNE (Jean). — Note, *Revue Générale des Assurances et des Responsabilités*, 1927, 36, sous Trib. civ., Marseille, 24 mai 1925.
- GEKRATH. — « Zur Begriffshestimmung des Unfalls », article dans *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, Berlin, 1906, p. 1-19.
- GINARD (Joseph). — *Eléments d'assurances*, Paris, 1921.

- GODART et PERRAUD-CHARMANTIER. — *Code des assurances*, Paris, 1930
- GOLDING. — *Personal Accident Insurance*, London, 1924.
- GRAHAM (W.J.). — « Group Insurance », dans le Rapport du X^e Congrès International des Actuaire, Rome, 1934, t. III, p. 130-145.
- GRÜN et JOLIAT. — *Traité des assurances terrestres*, Paris. 1828.
- HAGEN (Otto). — Versicherungsrecht, t. VIII du *Handbuch des gesamten Handelsrechts* de Victor Ehrenberg, Leipzig, 1922, 2 vol.
- « Die neuen Unfallversicherungsbedingungen », dans *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, Berlin, 1910.
- « Das französische Gesetz über den Versicherungsvertrag », dans la revue précitée, Berlin, 1931, p. 169-183.
- HAMON (Georges). — *Histoire générale de l'assurance en France et à l'étranger*, Paris, 1896.
- HASTINGS. — *History and Development of Personal Insurance*, London, 1922.
- HATTÉ. — *De l'assurance contre les accidents*, thèse, Paris, 1888.
- HÉMARÉ (Joseph). — *Théorie et pratique des assurances terrestres*, 2 vol. Paris, 1924-1925.
- « Das französische Gesetz über den Versicherungsvertrag », dans *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, Berlin, 1931, p. 157-169.
- HERMANNSDORFER. — Versicherungswesen, dans *Enzyklopädie der Rechts- und Staatswissenschaften*, t. XLIII, Berlin, 1928.
- HIESTAND. — *Grundzüge der privaten Unfallversicherung*, Stuttgart, 1900
- HILL. — *Accident Insurance*, London, 1924.
- HITIER. — Note, D., 1903.1.313, sous Amiens, 4 décembre 1902.
- HUNTER. — « The Accidental Death Feature », dans *Transactions of the Actuarial Society of America*, t. XXVI.
- HUTCHINSON. — « On Double Indemnity Clause », dans *Transactions of the Actuarial Society of America*, t. XIX.
- KISCH (D. Wilhelm). — *Handbuch des Privatversicherungsrechts*, München, Berlin und Leipzig, 1920.
- KÖBKE. — « Der Unfallbegriff in der sozialen und privaten Versicherung », dans *Leipziger Zeitschrift*, 1907, p. 317.
- KULP. — *Casualty Insurance*, New-York, 1928.
- LABBÉ. — Note, S., 1876.1.337, sous Cass. civ., 15 mars 1876.
- LACOSTE. — Note, S., 1900.1.121, sous Req., 13 février 1897.
- LAFARGE (René). — Rapport fait au nom de la Commission d'assurance et de prévoyance sociale chargée d'examiner le projet de loi relatif au contrat d'assurance, *J. Off.*, 1926, Chambre, Documents, p. 1159, Annexe, n° 3316.
- LEFORT (Joseph). — « Etude sur les assurances contre les accidents », article dans *Recueil Périodique des Assurances*, 1884, p. 449.
- Note, P.F., 1906.1.183, sous Cass. civ., 10 janv. 1906.

- LEHR (Ernest). — « Du contrat d'assurances terrestres d'après la loi fédérale du 2 avril 1908 et les autres législations les plus récentes de l'Europe », article dans *Revue de droit international et de législation comparée*, 1909, p. 66 et 180.
- « Les lois allemandes de 1901 à 1908 sur l'assurance », article dans la revue précitée, 1910, p. 2623.
- LÉPARGNEUR (Jean). — « Assurances », dans *Traité pratique de droit civil français* de Planiol et Ripert, t. IX, Paris, 1932.
- LIEBERMANN, — « Einiges über die Gruppenversicherung », dans le Rapport du X^e Congrès International des Actuaire, Rome, 1934, t. III, p. 1-8.
- Loi belge du 11 juin 1874 sur les assurances terrestres. Voir Namur, *Le Code de commerce belge révisé*.
- Loi fédérale suisse sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908. Voir : *Annuaire de législation étrangère*, 1908, p. 456. Voir également *infra* : Ostertag.
- Loi d'empire allemande sur le contrat d'assurance, du 30 mai 1908. Voir *Annuaire de législation étrangère*, 1908, p. 127.
- Loi autrichienne du 23 décembre 1917 sur le contrat d'assurance. « *Reichsgesetzblatt*, CCXXX, Stück, Voir également, *supra* : Ehrenzweig. »
- Loi française du 13 juillet 1930 sur le contrat d'assurance. *J. Off.*, 18 juillet 1930, *Lois et Décrets*, p. 8003.
- LYON-CAEN et RENAULT. — *Manuel de droit commercial*, 15^e édit., avec la collaboration d'André Amiaud, Paris, 1928.
- MAC NEILL. — *A Study of Accidents and Accident Insurance*, Boston, 1900.
- WALTER (Olivier). — « De la nature de l'assurance individuelle contre les accidents », article dans *Revue Générale des Assurances et des Responsabilités*, Bruxelles, 1929, 473.
- MAMOPOULOS (Pierre-J.). — *Du recours de l'assureur contre le tiers responsable du sinistre et du cumul des indemnités au profit de l'assuré*, Thèse, Paris, 1916.
- MANES (Dr Alfred). *Kommentar zum Reichsgesetz über den Versicherungsvertrag vom 30 mai 1908*, Berlin, 1908.
- *Versicherungswesen*, 3^e édit., Berlin, 1930.
- *Versicherungswesen*, 5^e édit., Leipzig-Berlin, 1932, t. III : Personenversicherung.
- MARBE. — « Untersuchungen zur Unfallstatistik », dans *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, Berlin, 1924.
- MARTIN (F.C.). — « The Effects of Fatal Accidents of All Kinds on the Mortality of Insured Lives. Supplementary Accident Insurance », dans le rapport du X^e Congrès International des Actuaire, Rome, 1934, t. IV, p. 39-54.
- MOEBIUS. — « Kollektiv-Unfallversicherungen der Studierenden an Deutschen Hochschulen », dans *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, Berlin, 1912.
- MOLDENHAUER (Paul). — *Das Versicherungswesen*, 3^e édit., Berlin, Leipzig, 1917.

- MOLL. — « Gruppenlebensversicherung in Holland », dans le Rapport du X^e Congrès International des Actuaire, Rome, 1934, t. III, p. 122-126.
- MONTCHARMONT (Henri). — *La déclaration du risque dans les assurances terrestres, d'après la loi du 13 juillet 1930*, thèse, Paris, 1932.
- MORET (André). — *Situation juridique de l'assureur à l'égard de l'auteur du dommage*, thèse, Paris, 1913.
- NAMUR. — *Le Code de commerce belge révisé*, Bruxelles, Paris, 1877, t. III.
- OSTERTAG. — *Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag*, 2^e édit., revue et complétée par Hiestand, Zurich-Leipzig, 1928.
- PARIS LE CLERG. — *Le contrat d'assurance, sa nature juridique*, thèse, Paris, 1932.
- PERREAU (E.H.). — *Manuel juridique et pratique des agents d'assurances*, Paris, 1922.
- PERSIL (Eugène). — *Traité des assurances terrestres*, Paris, 1835.
- PHILHOUE. — *Manuel du contrat d'assurance*, Paris, 1879.
- PICARD (Maurice). — « La clause d'incontestabilité dans les polices d'assurance sur la vie et la loi du 13 juillet 1930 », *Revue générale des Assurances Terrestres*, 1932, p. 236-257.
- Note, revue précitée, 1931, p. 875 sous Trib. paix, Paris, (15^e arr.). 3 juin 1931.
- Note, revue précitée, 1932, p. 117, sous Montpellier, 13 novembre 1930.
- Note revue précitée, 1932, p. 1046, sous Aix, 9 juillet 1932.
- Note, revue précitée, 1933, p. 613, sous Cass. civ., 21 févr. 1933.
- Note, revue précitée, 1934, p. 164, sous Nîmes, 6 novembre 1933.
- Note, revue précitée, 1934, p. 865, sous Trib. civ. Marennes, 13 mars 1934.
- Note, revue précitée, 1934, p. 857, sous C. Riom, 18 avril 1934.
- PLANIOL. — *Traité élémentaire de droit civil*, 3 vol. 11^e édit., avec la collaboration de Georges RIPERT, Paris, 1932.
- POTHIER. — *Traité du contrat d'assurance*, avec un discours préliminaire, des notes et un supplément, par Estrangin, Marseille, 1810.
- POUGET (Louis). — *Dictionnaire des assurances*, 2 vol. Paris, 1855.
- Projet de loi relatif au contrat d'assurance du 12 juillet 1904, *J. Off.*, 1904, Chambre, *Documents*, p. 918, Annexe, N^o 1918.
- Projet de loi relatif au contrat d'assurance du 7 avril 1925, *J. Off.*, 1925, Chambre, *Documents*, p. 637, Annexe, N^o 1544.
- REHFOUS (Louis). — *Les Assurances*, Cours professé à la Faculté de droit de l'Université de Genève, Genève-Paris, 1902.
- RENARD (Edmond). — *Des devoirs de l'assuré par rapport aux risques dans le contrat d'assurances*, Thèse, Caen, 1907.
- RENFER. — . — « Verkehrsmittel-Unfallversicherung », article dans *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, Berlin, 1922.
- Répertoire (Nouveau)*, de Doctrine, de Législation et de Jurisprudence, (Pandectes Françaises) publié sous la direction de M. Rivière, Conseiller à la Cour de cassation, Paris, 1890. t. IX, V^o Assurance contre les accidents.

- RICHARD. — *Etude sur l'assurance complémentaire de l'assurance sur la vie*, Paris, 1911.
- ROUX (Antoine). — *Assurance contre les accidents. Manuel de l'inspecteur et de l'agent*, 4^e édit., Paris, 1925.
- *Commentaire de la loi du 13 juillet 1930*, Paris, 1931.
- SAILLARD (Antoine). — « Rapport fait au nom de la Compagnie d'assurance et de prévoyance sociale chargée d'examiner le projet de loi relatif au contrat d'assurance », *J. Off.*, 1922, Chambre, *Documents*, p. 120, Annexe, n^o 4973.
- SAINCTELETTE (G.L.). — « De la validité des contrats d'assurance souscrits par les patrons assujettis pour procurer à leur personnel des indemnités indépendantes de celles de la loi », article dans *Recueil Périodique des Assurances*, 1930, p. 333.
- SIMONIN (Armand). — *Jurisprudence générale des assurances terrestres* (suite de Bonneville de Marsangy), de 1882 à 1905, 2 vol., Paris, 1906.
- SUMIEN (Paul). — *Traité théorique et pratique des assurances terrestres et de la réassurance*, 3^e édit., Paris, 1931.
- SCHWEIGHÄUSER. — « Grundzüge des privaten Unfallversicherungsrechts », dans *Assekuranz-Jahrbuch*, Wien, 1921.
- TRASBOT (André). — *Commentaire de la loi du 13 juillet 1930*, en note, D., 1913.4.1.
- THALLER. — *Traité élémentaire de droit commercial*, 8^e édit., revue et mise à jour par Percerou, Paris, 1931.
- TRENNERY. — *The Origin and Early History of Insurance*, London, 1926.
- VAN EECROUT. — *Le droit des assurances terrestres. Traité théorique et pratique*, 2^e édit., Bruxelles, Paris, 1933.
- VANGE. — *Handbook of the Law of Insurance*, St-Paul (Minnesota), 1930.
- VOGEL. — « Fortschritte in der privaten Unfallversicherung », dans *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, Berlin, 1934.
- VIVANTE. — *Traité de droit commercial*, traduit sur la 3^e édit., italienne, par Jean Escarra, 4 vol. Paris, 1912, t. IV.
- WAHL. — *Précis théorique et pratique de droit commercial*, Paris, 1922.
- Note, S., 1903.2.257, sous Amiens, 4 décembre 1902.
- Voir Baudry-Lacantinerie et Wahl.
- WEBB. — « Actual Experience of the Double Indemnity Feature », dans *Records of the American Institute of Actuaries*, t. 11.
- WEENS. — *Du principe que l'assurance de choses est un contrat d'indemnité*, Thèse, Paris, 1927.
- WELSON. — *The Principles and Practice of Personal Accident Disease and Sickness Insurance*, London, 1926.
- WEYER (Paule). — *La prime d'assurance*, thèse, Paris, 1932.
- WINTGRINIER. — « De l'assurance contre les accidents », article dans *La France judiciaire*, 1880-81.
- WOOD. — « Group Insurance in Canada » dans le rapport du X^e Congrès International des Actuaire, Rome, 1934, t. III, p. 12-20.

WILLIAMSON (W.R.). — « L'assurance-groupe aux Etats-Unis », article dans *Revue générale des Assurances Terrestres*, 1934, p. 738-761.

WooG (Claude). — *Des effets généraux de la mise en demeure dans les contrats d'assurance*, Paris, 1931.

REVUES ET PERIODIQUES

Assekuranz-Jahrbuch, fondé en 1880 par Ehrenzweig, continué par Lengyel, Vienne.

Journal des Assurances. — Recueil mensuel fondé en 1830 par Grün et Joliat, continué par M. Ch. Leleux, avocat à la Cour d'appel, Paris.

Recueil Périodique des Assurances. — Doctrine jurisprudence, législation. Revue mensuelle fondée en 1883 par G. Saintelette, continuée par G. L. Saintelette, avocat à la Cour d'appel, Paris.

Revue générale des Assurances et des Responsabilités. — Revue mensuelle fondée en 1927 par Jean Fonteyne, Charles Graux, Olivier Malter, Georges Servais, avocats près la Cour d'appel de Bruxelles, Bruxelles.

Revue générale des Assurances Terrestres, fondée en 1930, sous la direction de M. Maurice Picard, Professeur à la Faculté de droit de Paris, Paris.

Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft, sous la direction d'Alfred Manes, paraît depuis 1901, Berlin.

Zeitschrift für Versicherungswesen, sous la direction de Neumann, paraît depuis 1877, Berlin.

Veröffentlichungen des Deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft, sous la direction d'Alfred Manes, paraît depuis 1903, Berlin.

TABLEAU DES ABRÉVIATIONS

LE PLUS FRÉQUEMMENT EMPLOYÉES

C. civ.	Code civil
C.com.	Code de commerce.
D.	Dalloz, Jurisprudence générale (Recueil périodique et critique de jurisprudence, de législation et de doctrine), Paris.
<i>Gaz. Pal.</i>	<i>Gazette du Palais</i> (Journal judiciaire quotidien, Recueil périodique), Paris.
P. F.	<i>Pandectes françaises périodiques</i> (Recueil mensuel de jurisprudence et de législation), Paris.
<i>Rec. Pér. Ass.</i>	<i>Recueil périodique des assurances</i> , Paris.
<i>Rev. Gén. Ass. Terr.</i>	<i>Revue générale des assurances terrestres</i> , Paris.
<i>Rev. Gén. Ass. et Resp.</i>	<i>Revue générale des assurances et responsabilité</i> , Bruxelles.
S.,	Sirey, Recueil général des lois et arrêts, Paris.
<i>Zeitsch. f. d. ges. V.-W.</i>	<i>Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft</i> , revue trimestrielle, Berlin.

NOTE IMPORTANTE :

HAGEN. — Toutes les notes dans lesquelles cet auteur est cité, se rapportent, sauf contre-indication, au *deuxième* volume de son livre *Versicherungsrecht*, t. VIII du *Handbuch des gesamten Handelsrechts* de Victor Ehrenberg, Leipzig, 1922.

AVANT-PROPOS

Nous trouvons quotidiennement dans les journaux une colonne de faits divers relatant les accidents les plus divers dont sont victimes des personnes exerçant les professions les plus différentes. La plupart du temps, nous n'y attachons aucune importance, tellement ces faits divers nous semblent présenter un caractère banal. Mais souvent les faits qui apparaissent les plus dénués d'importance peuvent présenter un côté intéressant, tout au moins pour l'enseignement à en tirer.

Quel enseignement tirer de ces accidents que relatent les faits divers des journaux ?

C'est d'abord que les accidents deviennent de plus en plus nombreux avec les progrès de la technique qui vont toujours en croissant. S'il y a cinquante ans, les accidents de circulation routière dont pouvaient être victimes des êtres humains, n'existaient pas pour ainsi dire, aujourd'hui leur nombre journalier est considérable et va sans cesse en augmentant par la circulation de plus en plus intense, due elle-même à une production considérable de voitures automobiles. Il y a une trentaine d'années, la circulation par la voie des airs était une chose exceptionnelle, de nos jours il n'en est plus ainsi. On voyage par avion comme par chemin de fer ou bateau. Avec la rationalisation du travail, consistant dans la division et la simplification de la tâche de chaque ouvrier, le nombre de machines a décuplé, voire cen-

tuplé, et avec elles a augmenté aussi le nombre d'accidents. Nous pourrions ainsi multiplier à l'infini ces exemples.

Un autre enseignement à tirer de ces faits divers, c'est que les accidents dont ils parlent deviennent de plus en plus graves entraînant des blessures presque toujours graves ou même la mort.

Enfin, on peut constater que les victimes de ces accidents exercent les professions les plus diverses et que tous ne sont pas la rançon obligatoire des progrès de la technique.

Un avocat, un médecin, un boulanger, un plombier, en un mot tout homme, peut glisser dans la rue, tomber sur le bord d'un banc et se fracturer une côte de la cage thoracique. Résultat : incapacité temporaire de travail de quinze jours au minimum. C'est là une perte économique certaine pour toutes ces personnes.

Dans un accident d'automobile, une personne perd son bras droit par arrachement. Quel que soit son genre de travail, elle est atteinte d'une incapacité permanente fort importante. Elle sera peut-être obligée de changer de profession.

Un passant dans la rue reçoit sur la tête et est tué par une pierre qui tombe d'une maison en mauvais état d'entretien. Il peut laisser une famille qui pourra se trouver du jour au lendemain dans une situation plus que précaire. Sa femme qui ne travaillait pas jusque là sera peut-être obligée de se procurer du travail, pour subvenir aux besoins de ses enfants.

Or, l'assurance individuelle permet de remédier, dans une certaine mesure, aux conséquences fâcheuses de ces accidents. Nous ne disons pas que l'assurance individuelle a pour objet de réparer les conséquences d'un accident, d'indemniser l'assuré ou ses ayants droit des suites domma-

geables d'accidents ; ce n'est pas là son objet. Elle a pour objet de payer à l'assuré ou à ses ayants droit une certaine somme, déterminée d'après les conditions de la police, à la réalisation du risque prévu. Que le mobile qui pousse une personne à souscrire une assurance individuelle soit l'emploi de la somme payée par l'assureur à la réparation des suites dommageables d'un accident, c'est autre chose. L'assurance individuelle est une assurance de sommes et non une assurance d'indemnité.

De nos jours l'assurance individuelle contre les accidents entre de plus en plus dans les mœurs et devient presque une nécessité. Nul ne doit l'ignorer, vu le rôle important qu'elle joue dans la société moderne.

INTRODUCTION

L'Introduction à cet ouvrage sera divisée en trois paragraphes :

§ 1. L'intérêt que présente l'étude de l'assurance individuelle ;

§ 2. L'historique de l'assurance individuelle ;

§ 3. L'objet de la présente étude. Division.

§ 1

L'intérêt que présente l'étude de l'assurance individuelle.

L'étude de l'assurance individuelle a été délaissée quelque peu par les auteurs. On ne trouve aucun ouvrage en notre langue qui ait pour objet unique une étude approfondie de cette matière ; elle n'est traitée qu'au cours d'ouvrages généraux d'assurance et d'une manière tout à fait succincte d'ailleurs¹.

1. Hémar, *Théorie et pratique des assurances terrestres*, Paris, 1925, t. II, p. 445-463 et Agnel, de Corny et Dujon, *Manuel général des assurances*, Paris, 1923, p. 399-422) à qui sont dus les exposés les plus complets sur cette matière, n'y consacrent, respectivement, que 18 et 23 pages. Les autres auteurs n'en parlent que tout à fait succinctement, ou encore incidemment à propos d'autres assurances.

Parmi les auteurs allemands qui méritent d'être spécialement nommés comme présentant une importance qui ne saurait être négligée pour l'étude de l'assurance individuelle : Manes, *Versicherungswesen*, V^e édit., Leipzig, Berlin, 1932, t. III : *Personenversicherung* ; Manes, *Versicherungslexikon*, III^e édit., Berlin, 1930, v^o *Unfallversicherung*. — Hagen, *Versicherungsrecht*, dans *Handbuch des gesamten Handelsrechts* d'Ehrenberg, Leipzig, 1922, t. VIII, 2^e vol. — Hermannsdorfer, *Versicherungswesen*, dans *Enzyklopädie der Rechts-und Staatswissenschaften* d'Arthur

Si l'on trouve un grand nombre d'arrêts et de jugements annotés en ce domaine, il n'existe, au moment où nous écrivons ces lignes aucun article de doctrine d'auteurs français ayant pour titre et objet d'étude l'assurance individuelle contre les accidents¹.

Que l'assurance individuelle soit l'enfant abandonné de l'assurance terrestre cela se comprend en partie. Lorsque les différentes branches de l'assurance terrestre ont commencé à étendre leurs ramifications dans les mœurs humaines, c'était, dans l'ordre chronologique et au point de vue pratique, l'assurance contre l'incendie (xvii^e siècle, pour l'Angleterre et xviii^e pour la France) qui a intéressé en premier lieu les hommes, et puis, plus d'un siècle plus tard, l'assurance sur la vie (début du xviii^e siècle, pour l'Angleterre, et fin du xviii^e, début du xix^e, pour la France). Après celle-ci, naît l'assurance contre les accidents (1849) ; moins de cinquante ans après s'en détache l'assurance contre les accidents du travail, et enfin, dernière venue, l'assurance de responsabilité, prend, avec le développement croissant de l'automobi-

Spiethof, Berlin, 1928, n° 43. — Ehrenzweig (Autrichien), *Die Rechtsordnung der Vertragsversicherung*, Vienne, 1929.

(Il est à noter pour éviter toute confusion, que le terme allemand *Individualversicherung* ne correspond pas au terme français *assurance individuelle*. Manes oppose *Individualversicherung* (dans laquelle il fait entrer l'assurance sur la vie l'assurance contre les maladies, l'assurance d'invalidité et l'assurance contre les accidents, voir *Versicherungswesen*, t. III), à *Sozialversicherung*. L'assurance individuelle, telle que nous l'entendons en France, s'appelle en allemand *Einzelunfallversicherung* ou aussi *Unfallversicherung* tout court.

Parmi les auteurs anglais, citons : Hill, *Accident Insurance*, Londres, 1924. — Golding, *Personal Accident Insurance*, Londres, 1924. — Banfield, *The Principle and Practice of Accident Insurance*, Londres, 1929. — Vance (Américain) *Handbook of the Law of Insurance*, St-Paul (Minnesota), 1930.

1. Il existe toutefois un article intéressant en langue française, mais l'auteur en est un Belge : M. Olivier Malter, *De la nature de l'assurance individuelle contre les accidents*, dans la *Revue générale des Assurances et des Responsabilités*, Bruxelles, 1929, n° 473.

lisme, un essor immense. On s'explique donc pourquoi l'attention des auteurs s'est portée surtout sur ces quatre points d'attraction de l'assurance terrestre : incendie, vie, accidents du travail, responsabilité, alors que l'assurance individuelle est toujours restée une chose négligée, qui se réglait entre l'assureur et l'assuré, et parfois le juge, mais n'a jamais intéressé ni le législateur ni la doctrine.

Le législateur ne s'est pas davantage préoccupé de l'assurance individuelle. La loi du 13 juillet 1930 sur le contrat d'assurance ne contient que deux articles (les articles 54 et 55) relatifs à l'assurance contre les accidents, ces articles lui sont d'ailleurs communs avec l'assurance sur la vie¹. De sorte qu'il y a lieu d'appliquer à notre matière, en première ligne, les dispositions générales de la loi, puis, *mutatis mutandis*, les dispositions relatives à l'assurance sur la vie et même à l'assurance de dommages.

Le législateur français n'a fait que suivre l'exemple du législateur suisse² qui, lui également, ne consacre qu'un petit nombre d'articles à l'assurance contre les accidents.

Les lois allemande et autrichienne sur le contrat d'assurance se sont montrées plus généreuses à cet égard : 17 paragraphes de la première et 20 de la seconde portent sur l'assurance contre les accidents³.

1. C'est ainsi que Hagen écrit dans son article *Das französische Gesetz über den Versicherungsvertrag* (dans *Zeitschrift für die gesamte Versicherungs-Wissenschaft*, 1931, p. 173). « L'assurance contre les accidents est omise. Incidemment seulement l'art. 54 mentionne que, ici aussi, la fixation de la somme assurée est laissée au libre accord des parties, sans considération du dommage ».

2. Les articles 73 à 96 de la loi du 2 avril 1908 sont consacrés à l'assurance de personnes, mais deux articles seulement visent directement l'assurance contre les accidents.

3. La loi allemande du 30 mai 1908 : §§ 179-185 ; la loi autrichienne du 23 décembre 1917, §§ 154-163.

* * *

L'assurance individuelle est d'un intérêt général. Toute personne étant exposée aux accidents, chacun, quelles que soient sa profession et sa situation de fortune a intérêt, pour lui et pour les siens à souscrire une pareille assurance¹.

Nous avons vu, en effet, dans l'avant-propos, les différents cas de sinistres qui permettent à l'assuré, ou au tiers bénéficiaire, de toucher une somme d'argent, convenue d'avance.

La loi qui s'applique ici *mutatis mutandis*, et qui n'est que la codification de la jurisprudence antérieure, décide que la somme assurée est un bien propre du bénéficiaire, qu'elle n'entre pas par conséquent dans la communauté et n'est ni rapportable ni réductible, en cas d'ouverture de la succession de l'assuré.

En vertu du même droit propre, immédiat et direct du bénéficiaire, la loi n'admet pas de saisie des créanciers de l'assuré, sur la somme assurée.

* * *

L'importance économique de l'assurance individuelle augmente avec la toujours croissante utilisation des forces de la nature. Cette assurance offre la sécurité nécessaire pour d'innombrables et utiles entreprises dans lesquelles des risques pour la vie et le corps sont à redouter, surtout aussi lorsqu'il s'agit de voyages dans des pays de civilisation plus pauvre et qui sont rien moins que sûres.

1. A. Roux, *Assurance contre les accidents, Manuel de l'Inspecteur et de l'Agent*, 3^e édit., Paris, 1925, p. 25.

A côté de l'assurance individuelle générale qui couvre l'assuré contre les accidents de toute nature, se sont développées une foule d'assurances individuelles spéciales qui limitent leur garantie à des situations et des événements déterminés¹.

* * *

Pour toutes ces raisons que nous venons d'exposer, l'étude de l'assurance individuelle contre les accidents présente un intérêt indéniable et dont l'utilité est indiscutable.

§ 2

*L'histoire de l'assurance individuelle*².

Les premiers cas d'assurance de personnes contre les accidents ne remontent guère au-delà du ^{xvi}e siècle. Comme dans les temps présents, de même dans le passé, l'extension et le développement de l'assurance contre les accidents est due à la croissance du trafic et à la multiplication des moyens de communication ; ce sont les communications qui ont été en quelque sorte le stimulant de l'assurance contre les accidents. Avec la découverte de l'Amérique et la croissance des communi-

1. Hagen, *Versicherungsrecht*, dans *Handbuch des gesamten Handelsrechts d'Ehrenberg*, Leipzig, 1922, t. VIII, 2^e vol.

2. Chaufton, *Les assurances*, Paris, 1884, t. I, p. 347-354, et spécialement pour l'historique de l'assurance contre les accidents, p. 404-411. — Hagen, *op. cit.*, p. 498-500. — Hatté, *De l'assurance contre les accidents*, thèse, Paris, 1888, p. 123-137. — Hémard, *Théorie et pratique des assurances terrestres*. — Hastings, *History and Development of Personal Accident Insurance*, Londres, 1922. — Manes, *Versicherungswesen*, III^e édit., Berlin, 1930, p. 1596. — Manes, *Versicherungswesen*, V^e édit., Leipzig, et Berlin 1932, t. III : *Personenversicherung*, p. 149-155. — Vance, *Handbook of the Law of Insurance*, St-Paul (Minnesota), 1930, p. 8-27. — Ten-nery, *The Origin and Early History of Insurance*, Londres, 1926.

cations qui s'en est suivie, nous la voyons apparaître, et le premier texte qui la mentionne est le droit maritime de Wisby de 1541. A cette époque, les communications maritimes étant les plus dangereuses de toutes, c'étaient les propriétaires de navires qui commençaient par assurer la vie de leurs capitaines contre les accidents de mer dont ces derniers pouvaient être victimes. L'assurance contre les accidents était contractée accessoirement à l'assurance maritime pour les accidents de voyages. On découvre, en outre, en 1665, une sorte d'assurance, par la République néerlandaise, de ses mercenaires affectés au service de guerre, contre la perte des yeux ou des bras¹.

Cette apparition prématurée de l'assurance contre les accidents est d'autant plus remarquable que nombre de lois maritimes de ces temps présentaient l'idée d'une assurance de l'équipage contre les accidents comme immorale et contraire à la nature. C'était là l'influence du droit romain, d'après lequel le corps d'un homme libre n'était pas évaluable en argent. Dans cette première période, l'assurance contre les accidents se caractérise surtout, en effet, par la prohibition qui frappe toute assurance de personnes.

En 1589, le *Guidon de la mer*, œuvre de négociants rouennais, déclarait prohibée l'assurance sur la vie des navigateurs. L'ordonnance sur la marine de 1681² venait confirmer cette prohibition.

Ces conceptions juridiques ont indiscutablement retardé le développement de l'assurance contre les accidents, même telle qu'elle a été pratiquée en Allemagne par les gildes et les corporations de métiers.

1. Manes, *Versicherungswesen*, ci-dessus cité, t. III, p. 149.

2. Livre III, titre IV, art. 10.

*
* *

La véritable naissance de l'assurance individuelle, et avec elle de l'assurance contre les accidents en général qui s'en est dégagée, est liée à l'établissement des premiers réseaux de chemins de fer. Les précurseurs de cette assurance étaient complètement oubliés, et lorsqu'en 1845, il a été de nouveau question de l'assurance contre les accidents, pour la création de trois compagnies devant l'assumer, cette idée a été considérée comme tout à fait nouvelle et originale.

La première compagnie contre les accidents de chemins de fer est *The Railway Passengers Assurance Company*, fondée à Londres, en 1849. En 1850, on trouve l'*Accidental Death Insurance Company* qui assure contre tous les accidents corporels. La prime pour les personnes ne courant pas de risques spéciaux, était de 1 £ pour un capital de 1.000 £ en cas de mort accidentelle, de 3 £ 10 sh. pour 1.000 £, en cas d'accident suivi de mort, et 5 £ par semaine, pendant un maximum de 26 semaines, en cas d'incapacité temporaire. En 1853, est fondée, en Allemagne, la *Victoria* de nos jours, sous le nom de *Allgemeine Eisenbahn-Unfallversicherung*. Petit à petit, de l'assurance contre les accidents de chemins de fer le cercle des accidents garantis s'étend à d'autres risques. En France, la *Préservatrice mutuelle*, société belge d'assurances, s'établit à Paris en 1861¹

1. La mutualité apparaît donc ici, comme pour les autres branches d'assurance, à l'origine de l'institution. Comme le fait justement remarquer E. Wingtrinier (*De l'assurance contre les accidents, La France Judiciaire*, 1880-81, p. 26), « les capitaux ne s'aventurent qu'avec l'espoir d'une rémunération probable ; ce n'est que par la mutualité qu'on peut expérimenter les risques inconnus ».

La Préservatrice est devenue depuis une compagnie française à primes fixes.

mais elle ne pratique que l'assurance contre les accidents du travail avec la *police collective combinée*¹. La première compagnie d'assurances contre les accidents de toutes sortes atteignant les personnes, individuelles ou collectives, qui se soit établie chez nous, fut la *Sécurité Générale*, constituée en 1865.

Dans cette seconde période, celle de la renaissance de l'assurance contre les accidents, les progrès furent lents, les nouvelles constitutions de sociétés étaient rares, et les anciennes compagnies devaient reviser leurs tarifs ou se fusionner. C'est ainsi qu'en 1857, en Angleterre, *The Accidental Death Insurance Company* fusionna avec *The Travellers and Marine Insurance*, fondée en 1854, qui l'absorba. La société absorbée avait été victime de fraudes de la part de ses assurés et surtout avait commis la faute de n'opérer aucune classification des risques. En 1866, un tarif fixant des indemnités variant avec la gravité des lésions corporelles occasionnées par les accidents fut introduit. L'assurance collective et l'assurance de responsabilité, en ce pays, n'apparurent, à côté de l'assurance individuelle qu'en 1875.

Cette seconde période, qui est une période d'essai et de tâtonnement, devait durer pour la France jusqu'en 1880. Toutefois, un fait important est à signaler avant cette date.

En 1868, le législateur français a donné en quelque sorte à l'assurance contre les accidents une consécration officielle. La loi du 11 juillet 1868, qui fait partie de ce qu'on a appelé « la législation sociale », créa, sous le contrôle et la garantie de l'État, deux caisses d'assurances,

2. Hémard, *op. cit.*, t. I, p. 216.

l'une, « en cas de décès », l'autre, « en cas d'accidents résultant de travaux agricoles et industriels ». La *Caisse d'assurance en cas d'accidents* n'a pas progressé ; ce fut un échec quasi total. Comme le fait remarquer M. Lefort ¹ la création d'une caisse officielle d'assurance contre les accidents a eu, au moins, cet avantage de stimuler l'initiative des compagnies.

* * *

La troisième période, celle de plein développement, qui commence pour l'Angleterre en 1866, après la révision des tarifs et la classification des risques, ne commence pour l'Allemagne qu'après 1871. La loi du 7 juin 1871 (*Reichshaftpflichtgesetz*) qui règle la responsabilité civile des compagnies de chemins de fer, des mines, des carrières et des usines, et qui avait pour but de protéger en première ligne les ouvriers y travaillant, a donné l'impulsion nécessaire au développement de l'assurance contre les accidents. L'*Employer's Liability Act* de 1880 a eu le même effet en Angleterre. En 1884, la loi sur les assurances sociales (*das soziale Unfallversicherungsgesetz*), en Allemagne, et le *Workmen's Compensation Act* de 1887, en Angleterre, ont pour effet de séparer l'assurance contre les accidents du travail du reste de l'assurance contre les accidents. C'est à partir de ce moment que l'assurance individuelle entre dans sa phase décisive et recrute sa clientèle parmi les personnes qui ne se trouvent pas protégées par ces lois.

En France, l'assurance contre les accidents ne se développe qu'après 1880, et de 1880 à 1884 on remarque

1. *Etude sur les assurances contre les accidents*, Rec. Pér. Ass., 1884, p. 449.

l'apparition de nombreuses sociétés par actions. Les combinaisons les plus variées sont offertes au public, mais seule l'assurance collective donne des résultats appréciables.

L'assurance individuelle ne fait que de lents progrès jusque vers 1892. Quelques auteurs l'assimilent à l'assurance sur la vie et voient dans les compagnies qui la pratiquent des sociétés illégales, puisque non autorisées, conformément à la loi du 24 juillet 1867¹. Heureusement pour elles, cette assimilation est efficacement repoussée par la majorité des auteurs² et l'assurance individuelle peut évoluer librement. Les compagnies qui l'exploitent cherchent à attirer la clientèle : en 1892, est organisée l'assurance contre les accidents corporels provenant de bicyclettes, et la nomenclature des risques garantis s'allonge progressivement.

Après le 1^{er} juillet 1899, l'essor de l'assurance individuelle contre les accidents du travail, introduite par la loi du 9 avril 1898, profite à l'assurance individuelle en entraînant à sa suite celle-ci à laquelle la clientèle commence à s'habituer, comme cela a été d'ailleurs le cas en Allemagne et en Angleterre.

Pendant la guerre, quelques compagnies d'assurances contre les accidents (la *Générale*, l'*Union*) créèrent, pour les habitants de Paris et de la région parisienne, une police individuelle contre les accidents corporels provenant de bombardements du haut des dirigeables et avions, et d'autres les imitèrent.

Depuis l'assurance individuelle n'a cessé de se développer et la production des compagnies à cet égard a

1. Malapert, *Journal des Sociétés*, 1883, p. 604.

2. Sainctelette et Lefort, *Rec. Pér. Ass.*, 1884, p. 460.

présenté jusqu'à ces dernières années, sauf quelques oscillations une progression constamment ascendante.

§ 3

Objet de la présente étude. Division.

Nous nous proposons d'étudier dans le présent ouvrage l'assurance individuelle contre les accidents, quant à ses rapports avec d'autres assurances de personnes, quant à sa nature, son risque et son domaine, quant aux obligations de l'assuré et de l'assureur.

Nous ne traiterons pas, comme on le fait d'habitude, ni de la formation, ni de toutes les modifications qui peuvent survenir au cours de l'assurance, ni de différentes manières dont prend fin le contrat ; nous omettrons également la question de compétence, car la police d'assurance individuelle ne présente pas de variétés à cet égard avec d'autres contrats d'assurances. Si, toutefois, ces questions seront abordées au cours de ce travail, cela ne sera qu'à titre incident.

Pour fixer le cadre de l'assurance individuelle contre les accidents, nous commencerons par étudier les rapports que présente celle-ci avec les autres assurances de personnes.

Nous verrons ensuite, quelle est la nature de l'assurance individuelle contre les accidents. Est-ce un contrat d'indemnité ou une simple assurance de sommes ? Après quoi, nous étudierons le risque dans l'assurance individuelle. Puis, nous nous demanderons : quelles sont les limites de son domaine ?

Connaissant ainsi les lignes directrices de l'assurance individuelle, nous examinerons les obligations de l'assuré

au moment de la conclusion, au cours du contrat et au moment de la réalisation du sinistre.

Enfin, il nous restera à étudier les obligations de l'assureur ; elles se résument de la façon la plus simple : paiement de la somme assurée. A quelles conditions la somme assurée est-elle due ? Comment est-elle fixée et payée ? A qui revient-elle ? Voilà les questions que nous aurons à nous poser. Et nous terminerons par l'examen de la garantie du remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, remboursement qui constitue parfois un accessoire du paiement de la somme assurée.

Ainsi l'objet de notre étude se trouve réparti dans un cadre qui doit nous fixer le plan à suivre. Le présent ouvrage comprendra quatre titres :

Titre I. — L'assurance individuelle contre les accidents dans ses rapports avec les autres assurances de personnes.

Titre II. — La nature de l'assurance individuelle, le risque qu'elle couvre, son domaine.

Titre III. — Les obligations de l'assuré.

Titre IV. — Le paiement de la somme assurée.

Titre I

L'assurance individuelle contre les accidents dans ses rapports avec les autres assurances de personnes

L'assurance individuelle contre les accidents a de nombreux rapports avec les autres assurances de droit commun contre les accidents atteignant les personnes. L'étude de notre sujet serait donc incomplète, si nous ne donnions au moins un aperçu sommaire de ces autres assurances qui forment, pour ainsi dire, le cadre qui délimite l'assurance individuelle.

Nous montrerons, dans ce titre, comment certaines assurances contre les accidents se rattachent à la nôtre et, d'autre part, comment d'autres assurances de personnes, couvrant d'autres risques (vie, maladies), peuvent être jointes à l'assurance individuelle contre les accidents.

Dorénavant, dans un but de simplification, lorsque nous emploierons, au cours de cet ouvrage, les termes *assurance individuelle*, nous entendrons désigner par là l'*assurance individuelle* contre les accidents, ainsi qu'il est d'ailleurs d'usage dans la pratique¹.

1. Il va de soi que l'*assurance individuelle*, en n'ajoutant pas à ces termes d'autres épithètes complémentaires, est beaucoup plus large que l'assurance individuelle contre les accidents (quoique cette dernière soit en pratique désignée par ces mots *assurance individuelle* seulement) et

Ce titre comprendra trois chapitres :

Chapitre I. — L'assurance individuelle proprement dite.

Chapitre II. — L'assurance cumulative et l'assurance collective.

Chapitre III. — L'assurance individuelle combinée avec une autre assurance de personnes.

comprend en dehors de celle-ci, l'assurance individuelle combinée contre les accidents et les maladies, l'assurance individuelle complémentaire-vie, l'assurance individuelle contre les accidents combinée avec une contre-assurance, etc.

CHAPITRE I

L'ASSURANCE INDIVIDUELLE PROPREMENT DITE

Dans ce chapitre, nous donnerons une rapide esquisse de cette assurance.

L'assurance individuelle contre les accidents peut être générale ou spéciale. Elle est *générale*, quand elle vise la garantie des accidents corporels de toute nature, survenus à l'assuré dans l'exercice de sa profession ou au cours de sa vie privée.

Elle est *spéciale*, quand elle ne garantit que certains accidents corporels pouvant atteindre l'assuré.

Ce chapitre sera divisé en deux paragraphes :

§ 1. — L'assurance individuelle générale.

§ 2. — Les assurances individuelles spéciales.

§ 1

L'assurance individuelle générale.

La police individuelle générale ou dite aussi police individuelle contre les accidents de toute nature, sur laquelle portera principalement notre étude et qui est la plus répandue de toutes les polices individuelles, a pour objet de garantir à l'assuré, ou au tiers bénéficiaire

en cas d'accident corporel dont l'assuré pourrait être victime, une somme d'argent qui sera :

en cas de mort de l'assuré, un capital ;

en cas d'infirmité¹, un capital ou une rente², variables l'un et l'autre, suivant que l'infirmité est totale ou partielle

en cas d'incapacité temporaire, une allocation journalière payable, généralement, après la guérison.

Si avant la loi du 13 juillet 1930, les polices de la plupart des compagnies stipulaient que « le même accident ne peut donner lieu qu'à une seule indemnité, soit le capital payable en cas de mort ou d'infirmité, soit l'allocation quotidienne payable après la guérison », la tendance aujourd'hui est, au contraire, d'accorder le cumul de l'allocation quotidienne avec le capital en cas de mort ou d'infirmité, sans que toutefois cette allocation quotidienne dépasse le délai-limite prévu par la police (200 ou 300 jours).

Les risques que couvre la police individuelle générale sont : les risques professionnels de l'assuré, les risques de la vie courante et un certain nombre de risques sportifs sans surprime.

Signalons qu'à l'étranger, la somme assurée est doublée, quand l'assuré est blessé dans certaines circonstances, par exemple, au cours d'un voyage en chemin de fer, dans un ascenseur, par un coup de foudre, etc³.

1. Le mot *infirmité* est, dans le langage des assurances, synonyme d'*incapacité permanente*.

2. La rente est allouée par certaines compagnies, pendant un certain nombre d'années (3 ans), après la consolidation de l'infirmité, lorsqu'on croit encore à la possibilité d'une révision du degré de celle-ci (*La Protectrice*, art. 4, II, dern. al.) ; ou par d'autres compagnies, lorsque l'assuré, atteint d'infirmité, a dépassé l'âge de 65 ans ; en ce cas, le capital dû pour l'infirmité peut être converti, si la compagnie le veut, en rente viagère égale à 12 % du montant de ce capital (*Le Patrimoine*, art. 8, de la police individuelle, édit., 1933).

3. Vance, *op. cit.*, p. 887. — Hémard, *op. cit.*, t. II, p. 451.

A cette garantie de différents risques s'ajoute très souvent, à titre facultatif, la garantie des frais médicaux et pharmaceutiques nécessités par l'accident.

Les risques garantis servent de base au calcul de la prime de police.

§ 2

Les assurances individuelles spéciales.

On peut imaginer autant d'assurances individuelles spéciales qu'il y a des risques assurables pouvant être courus par l'homme.

Il n'est pas exagéré de dire que cette sorte d'assurance est en train de disparaître et cède le pas à l'assurance individuelle générale partout où le caractère particulier du risque n'exige une police spéciale¹. Dans la pratique quotidienne des compagnies d'assurances, on peut observer que lorsqu'une personne désire cantonner son assurance individuelle sur un seul risque, la compagnie lui délivre une police individuelle générale, en spécifiant dans les conditions particulières de celle-ci que, par dérogation expresse aux conditions générales, la compagnie ne couvre que tel et tel risque déterminé².

Dans toutes les différentes assurances individuelles spéciales que nous allons étudier, l'objet reste le même, c'est toujours la garantie d'une somme d'argent en cas d'accident corporel (mort, infirmité, incapacité temporaire) provenant du risque garanti.

Cette remarque faite, on peut classer les assurances

1. Comme c'est le cas, par exemple, pour le risque militaire, le risque d'aviation, etc..

2. Par exemple, seulement le risque d'automobile ou de motocyclette.

individuelles spéciales, qui se rencontrent le plus souvent en pratique, en trois catégories suivantes :

- 1^o. — L'assurance individuelle professionnelle ;
- 2^o. — L'assurance individuelle extra-professionnelle ;
- 3^o. — L'assurance individuelle contre les accidents de voyage. ¹

1^o. *L'assurance individuelle professionnelle* ou appelée aussi assurance individuelle manuelle, ne se rencontre presque plus aujourd'hui comme étant réalisée par une police spéciale ; la police individuelle générale l'a, pour ainsi dire, complètement éliminée. Telle qu'elle existait, elle s'adressait avant tout aux travailleurs manuels, notamment aux artisans, non protégés par la loi sur le risque professionnel. Elle était contractée par ceux-ci (ou par les personnes qui les employaient) pour les garantir contre les conséquences des accidents les atteignant pendant l'exercice de leur profession déclarée. Sauf la limitation de la garantie aux risques professionnels, elle ne différait guère de la police individuelle générale.

Des assurances professionnelles, même celles concernant les guides de montagne, les agents de police, etc. qui se faisaient autrefois par des polices individuelles spéciales, se réalisent aujourd'hui par la police individuelle générale. C'est le mouvement de disparition,

1. Nous n'exposerons pas ici toutes les petites assurances individuelles spéciales énumérées par M. Hémard : d'abord, parce que notre ouvrage a surtout pour objet l'assurance individuelle générale ; ensuite, parce qu'en pratique ces assurances sont en train de disparaître et se réalisent maintenant par la police ordinaire, qui est soit étendue au risque spécial, soit limitée à celui-ci.

L'assurance individuelle des enfants que cite M. Hemard, et qui semble être assez courante en Amérique, n'est point connue en Europe. Nous n'en parlerons donc pas. En France, l'assurance individuelle des mineurs ne se rencontre guère avant l'âge de 15 ans.

général et inéluctable pour la plupart des polices individuelles spéciales ; et ce même sort est réservé à la police individuelle militaire dont nous allons dire quelques mots.

*L'assurance individuelle militaire*¹, qui, parmi les assurances professionnelles, semblait être celle qui était appelée à résister le plus longtemps à l'emprise de la police individuelle générale, a suivi, elle aussi, la voie de disparition par l'unification tracée par les autres assurances individuelles spéciales : les compagnies qui l'exerçaient jusque dans ces dernières années l'ont déjà abandonnée ou sont en train de le faire. L'assurance des militaires est assumée désormais par la police individuelle générale dont la garantie est étendue par les conditions particulières de celle-ci aux risques spéciaux de la vie militaire en temps de paix (répression d'une émeute ou d'une grève, concours hippiques, chasses à courre, rallye-papers, conduite de voitures automobiles, etc..)

Telle qu'elle était pratiquée et l'est encore par les compagnies qui l'ont conservée, l'assurance individuelle militaire s'adresse surtout aux militaires de carrière : officiers et sous-officiers commissionnés ou rengagés de l'armée active.

Cette assurance procure la garantie contre les accidents corporels de toute nature, professionnels ou autres susceptibles d'atteindre les militaires soit en service commandé, soit en dehors du service ; elle s'étend aux accidents professionnels dont sont victimes les médecins pharmaciens et vétérinaires militaires.

Les exclusions qui sont courantes dans l'assurance

1. Agnel, de Corny et Dujon, *Manuel général des Assurances*, Paris, 1923, p. 418-422. — Hémard, *op. cit.*, t. II, p. 453-454.

individuelle générale figurent également dans les conditions générales de l'assurance militaires. Sont exclus ainsi, à moins de convention expresse contraire, les accidents d'aviation, ceux résultant de courses, de matches ou de paris ; les accidents résultant de lutte, de rixe ou de duel *ne sont jamais couverts*.

Les sommes assurées sont stipulées pour quatre cas :

1° la mort immédiate ou intervenant dans le délai d'un an à compter de l'accident ; — 2° l'invalidité permanente avec ou sans la mise à la retraite ou en réforme ; — 3° la mise en non-activité pour infirmité temporaire ; — 4° l'incapacité temporaire (l'allocation quotidienne est accordée en ce cas pendant 180 jours au maximum).

L'assuré, qui est d'abord mis en non-activité, puis réformé ou mis à la retraite dans les trois ans, touchera le capital prévu dans ce dernier cas, déduction faite de la somme par lui touchée lors de sa mise en non-activité.

2° *L'assurance individuelle extra-professionnelle.* —

De nos jours, après enquête auprès de nos compagnies, on peut dire qu'il n'y a plus de police spéciale couvrant les seuls risques extra-professionnels. Lorsqu'une personne veut limiter son assurance individuelle aux seuls risques qu'elle court en dehors de l'exercice de sa profession, c'est une police individuelle générale qui sert d'*instrumentum*, et il est stipulé dans les conditions particulières que la garantie est limitée exclusivement aux risques de la vie privée et aux risques sportifs indiqués, en dehors de tout risque relatif à la profession de l'assuré.

Peut contracter une pareille assurance non seulement une personne salariée, comme le semble dire notre regretté maître, M. Hémar, mais toute personne quelconque, aussi bien un salarié qu'un patron (maçon,

boulangier, boucher, cordonnier, fabricant, etc..). Il est néanmoins exact que cette assurance présente surtout un grand intérêt pour les personnes salariées qui se trouvent déjà couvertes pour les risques professionnels, par la loi sur les accidents du travail (Loi du 9 avril 1898).

Cette assurance peut couvrir tous les risques extra-professionnels (sauf les risques généralement exclus par les polices individuelles) où elles peut être limitée à certains de ces risques seulement. C'est ainsi que sa garantie peut être réservée, ou bien aux risques de la vie privée seulement, ou aux seuls risques sportifs limitativement énumérés.

La seule assurance extra-professionnelle qui mérite d'être signalée comme étant réalisée par un *instrumentum* spécial, c'est la *police chasse*, qui est d'ailleurs une police mixte, puisqu'elle comprend à la fois une assurance individuelle limitée aux seuls accidents de chasse dont l'assuré pourrait être victime, et une assurance de responsabilité civile, pour les accidents causés par l'assuré aux tiers dont il pourrait être reconnu civilement responsable.

3° *L'assurance individuelle contre les accidents de voyage.* — Cette assurance peut être contractée contre les risques de voyages sur terre, sur mer ou en l'air. Elle représente une assurance de transport de personnes, qui peut se limiter aux accidents de chemins de fer ou s'étendre à un voyage déterminé ou à tous les voyages entrepris par l'assuré pendant un certain temps. Une assurance temporaire ou viagère, couvrant tous les risques des moyens de communication est parfaitement concevable¹.

1. Renfer, *Die Verkehrsmittel-Unfallversicherung*, Zeitschr. f. d. ges. V.-W., 1922, p. 42, 141.

L'assurance individuelle contre les accidents de chemins de fer (assurance qui est à l'origine de l'assurance individuelle moderne) garantit le paiement des sommes fixées par la police à l'occasion des accidents dont sont victimes les voyageurs pendant leur séjour dans les trains ou sur les voies. Elle fait l'objet de polices spéciales, parfois souscrites pour la vie moyennant le versement d'une prime unique.

C'est ainsi que, pour une prime unique de 20 francs, on peut se faire garantir un capital de 5.000 francs en cas de mort payable au bénéficiaire désigné, un capital de 5.000 francs en cas d'infirmité et une allocation quotidienne de 1 fr. 66, en cas d'incapacité temporaire¹.

La pratique de la police-ticket prise à un distributeur automatique ou au guichet de la gare au moment du départ et valable pour un seul déplacement, pratique qui s'est très bien acclimatée en Angleterre, n'a pas eu la même chance chez nous. Les tentatives faites à cet égard ont toutes échoué devant l'opposition de nos compagnies de chemins de fer².

L'assurance individuelle contre les accidents de voyage, appelée aussi *assurance de voyage*, a pour objet de garantir l'assuré contre les accidents dont il pourrait être victime, en qualité de voyageur, en cours de circulation sur toute exploitation publique de chemins de fer, tramways, navires effectuant un service public sur terre ou

1. *La Protectrice*, tarif 1934.

En Allemagne, pour une prime unique de 8 RM on peut obtenir la garantie viagère de 1.000 RM en cas de mort, de 1.000 RM en cas d'infirmité et de 0 RM 33 en cas d'incapacité temporaire.

Au cas où la prime serait payable en deux fois, au cours de la première année d'assurance, elle subit une majoration de 8 %.

Si la garantie doit être étendue aux autres moyens de communication publics, tels que tramways, omnibus, autocars, funiculaires, la prime doit être majorée de 50 %. V. Manes, *Versicherungswesen*, t. III, p. 157, 169.

2. V. Goury, *Moniteur des Assurances*, t. XL (1908), p. 580.

sur mer. Mais, comme pour les autres assurances individuelles souscrites auprès de nos compagnies, elle n'a d'effet que dans les mêmes limites géographiques¹. Aussi, pour assurer ces risques dans le monde entier, il a fallu créer des polices particulières garantissant soit seuls les accidents de chemins de fer et tramways, funiculaires, chemins de fer souterrains et à crémaillère, — soit seuls les accidents de voyage maritimes, tels que naufrage, échouement, abordage, incendie, chute involontaire dans la mer, attentat contre la personne assurée par des pirates, — soit, enfin, à la fois les accidents sur terre et sur mer, en tous pays, par toutes entreprises publiques ou privées². Il est à remarquer que ces deux dernières assurances sont normalement faites pour une durée indiquée lors de la conclusion du contrat. D'autre part, la plupart de ces assurances contre les accidents de voyage laissent de côté l'incapacité temporaire et ne visent que le paiement d'un capital en cas de mort ou d'infirmité.

Des polices d'assurance-voyage simplifiées permettant une souscription rapide ont été établies. Il suffit, en effet, de détacher d'une feuille double, l'une des feuilles pour former la police de l'assuré, l'autre feuille comprenant un talon destiné à l'agence et un bordereau réservé à la compagnie³.

*L'assurance individuelle contre les accidents d'avions*⁴ a pour objet de garantir l'assuré contre les conséquences réelles et directes de tout accident entraînant, soit la mort, soit une infirmité, soit une incapacité temporaire⁵

1. Voir, p. 84.

2. Manes, *Versicherungswesen*, t. III, p. 158, 169.

3. Hémard, *op. cit.*, t. II, p. 457. — Manes, *Versicherungswesen*, t. III, p. 169.

4. Roux, *op. cit.*, p. 58.

5. Les articles 13, 14 et 15 de la police de l'A.F.A.

dont il pourrait être atteint en cours de circulation à bord d'un aéronef, muni d'un certificat de navigabilité régulier.

Cette assurance est assumée en France, depuis 1928, par l'*Association Française des Assureurs* (ou *Consortium* de son ancien nom). Toutefois, en ce qui concerne la déclaration à faire en cas de sinistre, de même que le règlement de ce dernier, l'assuré doit s'adresser à la compagnie apéritrice seule¹. L'art. 26 de la police précise en effet, qu'il n'existe aucune solidarité entre la compagnie apéritrice et les autres assureurs mentionnés sur la police et ses annexes, mais toute stipulation obligeant la compagnie apéritrice ou lui bénéficiant oblige les autres assureurs ou leur bénéficie de la même façon.

Sont réputés accidents, ceux provenant du fait de l'aéronef, c'est-à-dire les accidents survenus dans le temps compris entre le démarrage et l'atterrissage, tels que collision, panne de moteur, rupture d'ailes, explosion du réservoir, incendie, foudre, tempête, échouement, naufrage, etc..., et occasionnant une lésion corporelle constatable objectivement.

Les conséquences directes ou indirectes d'un état de santé défectueux, et notamment les troubles cérébraux et cardiaques résultant du seul fait de la circulation en avion, les conséquences d'effets purement psychiques, tel que l'effroi, ne donnent lieu à aucun versement d'une somme quelconque de l'assureur (art. 3).

C'est la même police qui s'applique si au lieu d'être un tiers transporté, l'assuré faisait lui-même fonction de pilote. La police ne varierait qu'en ce qui concerne la prime et les conditions particulières.

1. Sur le rôle de la compagnie apéritrice voir Sumien, *Traité théorique des assurances terrestres*, Paris, 1931, p. 15.

CHAPITRE II

L'ASSURANCE CUMULATIVE ET L'ASSURANCE COLLECTIVE

La division de ce chapitre est tout indiquée. Toutefois, ce chapitre serait incomplet si nous n'y ajoutions un troisième paragraphe sur l'assurance-groupe, assurance toute récente qui en beaucoup de points touche aux deux premières.

D'où les trois paragraphes suivants :

§ 1. L'assurance cumulative.

§ 2. L'assurance collective.

§ 3. L'assurance-groupe.

§ 1

*L'assurance-cumulative*¹

L'assurance individuelle cumulative ou l'assurance cumulative tout court se distingue de l'assurance individuelle par ce fait que, au lieu de couvrir une seule personne, elle couvre plusieurs nommément désignées par la police avec des capitaux spéciaux en regard de chaque nom. Dans un seul *instrumentum* sont réellement réunies plusieurs polices individuelles. L'avantage en est

1. Agnel, de Corny et Dujon, *op. cit.*, p. 399, note 1.

dans le rabais qu'accorde l'assureur sur la prime, rabais dont le taux varie suivant le nombre d'assurés.

Cette police, qui peut être souscrite par les assurés individuels eux-mêmes, par exemple une équipe d'ouvriers artisans travaillant pour leur compte et qui s'engagent solidairement au paiement de la prime (la police est en ce cas résiliable annuellement), l'est le plus souvent par un tiers, patron ou père de famille.

Prenons un exemple concret.

Avant la loi du 15 décembre 1922 (modifiée par la loi du 30 avril 1926) étendant la législation sur les accidents du travail aux exploitations agricoles, il arrivait fréquemment qu'un cultivateur au lieu de souscrire une police individuelle pour lui-même, une autre pour sa femme et d'autres pour ses fils et filles travaillant avec lui ne souscrivait qu'une seule police, dite cumulative, où chacune de ces personnes était nommément indiquée avec les sommes assurées en face de chaque nom.

Si de nos jours la police cumulative est en voie de disparition, puisque le même résultat peut être atteint soit par plusieurs polices individuelles, soit par une police collective¹, on en rencontre encore un certain nombre d'exemples.

Ainsi un propriétaire d'automobile, père d'une famille de cinq membres, peut passer avec une compagnie une police cumulative le couvrant lui-même, avec ou sans conduite de voiture, sa femme et ses trois enfants (toutes ces personnes nominativement indiquées, avec les mêmes capitaux ou des capitaux différents en regard de chaque nom) contre les accidents provenant du fait de son auto-

1. Lorsque nous disons *police collective*, nous entendons par là la *police collective droit commun*.

mobile. L'intérêt d'une semblable assurance est évidente si ce père de famille était titulaire d'une assurance responsabilité civile, celle-ci ne jouerait pas à l'égard des membres de sa famille; et d'autre part, lui-même est également garanti.

De même, l'évêque d'un diocèse peut souscrire à une compagnie d'assurances une police cumulative garantissant les prêtres de chaque paroisse nommément désignés dans la police, avec les capitaux assurés en regard de chaque nom. De cette façon, chaque prêtre se trouve assuré contre les accidents corporels pouvant lui survenir dans l'exercice de son sacerdoce, contre les accidents de la vie privée et de certains risques sportifs, ces derniers pouvant varier pour chacun des assurés.

Enfin, l'exemple le plus fréquent est celui d'une entreprise commerciale ou industrielle assurant son haut personnel, soit par une police cumulative, soit par une police collective.

La police cumulative n'est autre chose en effet, qu'un pont entre la police individuelle et la police collective.

§ 2

L'assurance collective

Nous venons de voir que, dans la police cumulative, les personnes assurées sont *nominativement* désignées et que celle-ci n'est, par conséquent, qu'un assemblage de plusieurs polices individuelles dans un seul *instrumentum*. La police collective n'est peut-être pas autre chose au point de vue matériel, mais au point de vue juridique, par le fait que les personnes assurées ne sont pas indiquées par leurs noms, elle n'a pas les mêmes inconvénients.

Dans une assurance cumulative, si l'un des assurés venait à disparaître par suite de décès ou de congé, le souscripteur serait obligé de le déclarer à l'assureur et de donner les noms, l'âge et tous les renseignements exigés relatifs à son remplaçant.

Dans l'assurance collective, au contraire, cette obligation n'existe pas. En reprenant l'exemple de l'évêque avec les prêtres du diocèse, la police n'indiquera pas par leurs noms les prêtres dans chaque paroisse, elle dira tout simplement que les prêtres de telle paroisse, au nombre de tant, sont assurés pour tels capitaux, et ainsi pour chaque paroisse. De même pour une entreprise commerciale ou industrielle, la police dira simplement qu'il y a tant de directeurs, tant de sous-directeurs, tant d'ingénieurs, contremaîtres, etc.. qui sont assurés.

Les cas les plus fréquents d'assurance collective sont ceux où celle-ci est souscrite par un employeur au profit de ses employés ou ouvriers, par une association sportive au profit de ses membres ou par un journal au profit de ses abonnés.

Un employeur peut souscrire une assurance collective au profit de ses employés ou ouvriers dans tous les cas où la loi du 9 avril 1898 ne s'applique pas, par exemple, parce que l'employeur n'est pas assujéti à cette législation ; ou encore, même si la loi de 1898 devait s'appliquer, en vue des cas où la responsabilité du patron n'est pas encourue (par exemple, parce qu'il ne s'agit pas d'un accident du travail, mais d'un accident de la vie privée) ou dans le but de procurer à l'employé ou à l'ouvrier une indemnisation plus complète, au lieu d'une réparation forfaitaire. Nous parlerons ultérieurement des rapports de l'assurance individuelle et de l'assurance collec-

tive avec la loi du 9 avril 1898, en étudiant le domaine de l'assurance individuelle¹.

Les assurances collectives souscrites par des associations sportives sont très courantes et il existe même des polices collectives spéciales à cet égard. Tous les membres de l'association sont couverts pour les risques limitativement énumérés par la police, contre les accidents résultant de ces risques au cours d'exercices, de matches ou de jeux athlétiques réguliers organisés par l'association assurée elle-même ou en collaboration avec une autre association. — La prime est calculée d'après le nombre de membres ou d'après un maximum éventuel de ces derniers qui, s'il venait à être dépassé, nécessiterait un avertissement immédiat de l'assureur, à peine de déchéance de garantie.

*L'assurance contre les accidents par abonnement à un journal*² est une assurance collective. Le journal ou la revue qui offre cette assurance n'est, en effet, qu'un intermédiaire qui d'avance a souscrit auprès d'une compagnie une police établissant pour tous ses abonnés une assurance éventuelle.

Pour ne pas sortir du sujet de notre travail, disons simplement que c'est une assurance contre les accidents provenant de risques limitativement énumérés par la police qui reçoit tout abonné en payant le prix de son abonnement. Les lecteurs assidus ont de même la possibilité de devenir assurés, en envoyant, avec les renseignements personnels les concernant, un certain nombre de coupons détachés du journal ou de la revue (appelés

1. Voir p. 85.

2. Hémar, *op. cit.*, t. II, p. 464-467. — Manes, *Versicherungswesen*, t. III, p. 110-112.

coupons d'assurance gratuite) pour établir qu'ils en sont des acheteurs réguliers.

Cette assurance qui semble avoir pris racine en Angleterre, en Allemagne et en Suisse¹ n'a pas eu de succès chez nous. *Le Petit Parisien* qui a fait une tentative en ce sens en 1922 ne l'a pas poursuivie. Cette expérience a été reprise cette année par *L'Information*, mais sans grand entrain, semble-t-il.

§ 3

*L'assurance-groupe*²

L'assurance-groupe est une des plus récentes formes dans le domaine des assurances. Jusqu'à ces temps on attribuait la primauté de l'avoir exploitée aux Etats-Unis. Les travaux du dernier congrès international des actuaires montrent que c'est la Hollande qui la première et bien avant 1911, date à laquelle l'*Equitable* en a commencé l'exploitation aux Etats-Unis, a connu et pratiqué l'assurance-groupe sur une vaste échelle³. Il est cependant incontestable que, telle qu'elle a été

1. Un arrêté du Conseil fédéral du 23 septembre 1913 n'autorise les assurances jointes à l'abonnement à des journaux que si une société d'assurances admise à opérer en Suisse se charge du service des prestations assurées et place ces assurances sous la surveillance du Bureau Fédéral à Berne.

2. Burlot, *L'assurance-groupe ou l'assurance collective en France*, article dans *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1930, p. 824-825. — Graham (New-York), *Group Insurance*, dans le rapport du X^e Congrès International des Actuaires, Rome, 1934, t. III, p. 130-145. — Liebermann (Vienne), *Einiges über die Gruppenversicherung*, même Congrès, t. III, p. 1-8. — Moll (La Haye) *Gruppenlebensversicherung in Holland*, même Congrès, t. III, p. 122-126. — Stobie and Bromfield (Edimbourg), *Group Life Assurance*, même Congrès, t. III, p. 88-98. — Wood (Toronto), *Group Insurance in Canada*, même Congrès, t. III, p. 12-20. — Williamson, *L'assurance-groupe aux Etats-Unis*, dans *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1934, p. 738-761.

3. Moll (La Haye), *Gruppenlebensversicherung in Holland*, X^e Congrès International des Actuaires, t. III, p. 122-126.

connue en Europe, l'assurance-groupe doit être considérée comme d'origine américaine.

Si l'assurance-groupe a eu l'avantage d'une aussi rapide et variée expansion en Amérique, il n'est pas douteux que c'est par suite d'une absence à peu près générale d'une législation protectrice des ouvriers, comme la connaît l'ancien continent sous les formes les plus diverses d'assurances sociales (accidents du travail,¹ maladie, invalidité, vieillesse). Il est donc facile de conclure que cette nouvelle forme d'assurance n'aura pas en Europe un aussi vaste champ d'action qu'elle a eu et qu'elle a encore aux Etats-Unis.

Encore aujourd'hui, quand on parle d'assurance-groupe, on a l'habitude de penser à l'assurance-groupe sur la vie. Or, cette forme d'assurance embrasse de nos jours, en dehors de la branche-vie, les branches : accidents, maladie, invalidité et retraites.

Deux décrets réglementent l'assurance-groupe en France ; ces décrets ne concernent que l'assurance-groupe sur la vie.² Cela se comprend aisément, car c'est presque exclusivement sous cette forme qu'elle s'est répandue chez nous et, d'autre part, il n'y a que l'assurance sur la vie qui soit soumise au contrôle gouvernemental au point de vue de la tarification.

Le premier de ces décrets serre de près les conditions de l'assurance-groupe, le second celui du 17 juin 1930, est beaucoup plus libéral par les règles d'application qu'il édicte. Ce dernier décret n'exige plus que l'assurance-

1. En France, l'assurance contre les accidents du travail n'est pas une assurance sociale, mais une assurance privée ; c'est cependant sous forme d'assurances sociales qu'elle se présente dans les trois départements récupérés Haut-Rhin, Bas-Rhin et Moselle où l'ancienne législation allemande a été maintenue sur ce point.

2. Décrets du 23 mai 1929 et du 17 juin 1930.

groupe en cas de décès, souscrite par un chef d'entreprise, porte sur un minimum de 50 têtes, comme le faisait le premier ; il la soumet à la seule condition que les $\frac{3}{4}$ au moins dudit personnel soit garanti. L'omission de cette première condition nous semble imprudente. Rappelons, à ce sujet, qu'aux Etats-Unis, l'assurance-groupe, telle qu'elle est exercée par les compagnies américaines, doit porter sur un groupe d'au moins 50 têtes dont les 75 % des membres doivent être assurés et si le groupe descend au-dessous de 50 têtes, le pourcentage des membres assurés augmente obligatoirement jusqu'à atteindre 100 %, lorsque le groupe n'est que de 25 têtes. Avec le décret en question, il peut arriver que le nombre de membres du groupe n'étant plus suffisamment important l'assureur se trouvera dans l'obligation de faire passer une visite médicale à l'assuré. Or, c'est justement l'absence de visite médicale qui fait la particularité de l'assurance-groupe en comparaison avec l'assurance individuelle sur la vie.

Ceci dit, vu que notre sujet porte sur l'assurance contre les accidents, nous exposerons, dans une brève esquisse, les conditions de l'assurance-groupe contre les accidents aux Etats-Unis¹ et au Canada², car à notre connaissance, elle n'a pas encore trouvé d'application en France. Ce nous sera, d'autre part, une occasion de faire une comparaison entre l'assurance-groupe-accidents et l'assurance collective contre les accidents, telle qu'elle est exploitée en France.

L'assurance-groupe contre les accidents se présente

1. Graham (New-York), *Group Insurance*, X^e Congrès International des Actuaire, Rome, 1934, t. III, p. 138-140.

2. Wood (Toronto), *Group Insurance in Canada*, X^e Congrès International des Actuaire, Rome, 1934, t. III, p. 16 et suiv.

en Amérique, sous deux formes : l'assurance-groupe contre les accidents et les maladies (*group accident and health insurance* ou encore *group sickness and accident insurance*) ne couvrant que l'incapacité temporaire, et l'assurance-groupe contre la mort accidentelle et la mutilation (*group accidental death and dismemberment insurance*).

Qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre de ces assurances, elles peuvent être souscrites soit par l'employeur qui payera seul les primes, ou les partagera avec ses ouvriers et employés, en prenant à sa charge une part, l'autre part devant être supportée par les assurés, soit par une association d'ouvriers et employés payant eux-mêmes les primes de leur assurance. C'est déjà une première différence avec l'assurance collective. En France, quand un employeur passe une assurance collective au profit de ses employés pour les garantir contre les accidents dont ils peuvent être victimes soit dans leur vie privée, soit au cours de leur travail, c'est lui seul qui en paie les primes.

L'assurance-groupe doit porter sur un groupe d'au moins 50 têtes dont les 75 % doivent obligatoirement être assurés. Si le groupe présentait un nombre de personnes inférieur à 50, le pourcent d'assurés s'élèverait automatiquement, en atteignant les 100 % pour un groupe de 25 personnes, ainsi que nous l'avons déjà vu à propos de l'assurance-groupe sur la vie. Deuxième différence avec l'assurance collective où l'assurance porte sur la collectivité entière et non sur une partie seulement de celle-ci. Par exemple, quand c'est le personnel dirigeant d'une entreprise qui est assurée, ce sont tous les contre-maîtres, tous les sous-ingénieurs, ingénieurs et directeurs qui y sont compris.

La police de l'assurance-groupe est remise à l'employeur ou à l'association qui l'a souscrite et les assurés reçoivent chacun un certificat individuel de la compagnie. Troisième différence avec l'assurance collective qui est anonyme à ce point de vue et indique seulement le nombre de chaque catégorie d'assurés, ainsi, tant de contre-maîtres, tant de sous-ingénieurs, ingénieurs, etc., sans en indiquer les noms. Et les assurés très souvent ignorent qu'une assurance collective droit commun a été passée par l'employeur à leur profit.

Comme dans l'assurance collective, l'âge des assurés n'entre pas en ligne de compte pour le calcul de la prime de l'assurance-groupe-accidents¹. Toutefois, les compagnies américaines n'admettent pas généralement d'assurés au-dessus de soixante-dix ans.

Enfin, comme dans l'assurance-groupe sur la vie, l'assurance-groupe-accidents ne connaît pas d'examen médical préalable. Il suffit que l'ouvrier se trouve en activité de service depuis trente-et-un jours au moins, pour pouvoir être assuré. Par là, l'assurance-groupe ne se distingue guère de l'assurance collective dans laquelle, comme dans l'assurance individuelle contre les accidents, aucun examen médical préalable n'est exigé.

Examinons maintenant, les détails de l'assurance-groupe contre les accidents et les maladies et de l'assurance-groupe contre la mort accidentelle et la mutilation.

Assurance-groupe contre les accidents et les maladies. — Cette assurance ne couvre que l'incapacité temporaire

1. Faisons remarquer qu'il n'en est pas de même pour l'assurance-groupe en cas de décès, où la prime est calculée d'après l'âge moyen du groupe. V. Burlot, *op. cit.*, *Rev. gén. Ass. Terr.*, 1930, p. 825.

résultant d'un accident ou d'une maladie. Dans les Etats qui ont introduit chez eux la législation contre les accidents du travail (*Workmen's Compensation Law*), cette assurance ne peut couvrir que les accidents de la vie privée et les maladies non professionnelles.

L'allocation hebdomadaire représente en principe les deux tiers du salaire de l'employé et ne commence à courir qu'à partir du quatrième ou huitième jour de son incapacité de travail ¹; elle n'est versée généralement que pendant une durée de treize semaines. Quand la compagnie la verse pendant une durée de 26 à 52 semaines, elle ne commence à courir qu'à partir du quinzième jour de l'incapacité. Enfin, il est admis que l'allocation hebdomadaire maxima ne doit pas dépasser quarante dollars.

Assurance-groupe contre la mort accidentelle et la mutilation. — Cette assurance ne peut être souscrite qu'en tant que jointe à une assurance-groupe sur la vie ou en complément à une assurance groupe contre les accidents et les maladies.

Elle prévoit la garantie d'un capital en cas de mort accidentelle ou de mutilation provenant de lésion corporelle due à une force extérieure, violente et accidentelle.

L'indemnité due est en cas de perte de :

La viele capital assuré.

Deux mains —

Deux pieds —

La vue des deux yeux —

Une main et un pied —

1. Les compagnies canadiennes la font courir à partir du quatrième jour, les compagnies des Etats-Unis du huitième jour ; ce qui représente une française de 3 ou de 7 jours.

Une main et la vue d'un œil le capital assuré.

Un pied et la vue d'un œil —

Une main ou un pied $1/2$ du capital assuré.

La vue d'un œil —

Le maximum du capital assuré ne dépasse pas, en général, la somme de 5.000 dollars ¹.

1. Graham, *op. cit.*, X^e Congrès International des Actuaire, Rome, 1934, t.III, p. 140.

CHAPITRE III

L'ASSURANCE INDIVIDUELLE COMBINÉE AVEC UNE AUTRE ASSURANCE DE PERSONNES

Les combinaisons les plus courantes de l'assurance individuelle avec une autre assurance sont : 1^o L'assurance individuelle combinée contre les accidents et les maladies ; — 2^o L'assurance individuelle complémentaire-vie ; — 3^o L'assurance individuelle combinée avec une contre-assurance. Chacune de ces combinaisons formera un paragraphe de ce chapitre. Ces paragraphes ne seront d'ailleurs que des aperçus rapides sur ces différents modes d'assurance individuelle. Toutefois, nous nous arrêterons un peu plus longuement sur l'assurance complémentaire-vie, vu le développement important pris par cette forme d'assurance assez récente, dans ces dernières années.

§ 1

*L'assurance individuelle combinée contre les accidents et les maladies*¹

L'assurance individuelle combinée contre les accidents et les maladies peut être effectuée, soit par une police spéciale, soit par une police individuelle ordinaire

1. Hémard, *op. cit.*, t. I, p. 474.

par une mention faite aux conditions particulières renvoyant à un article des conditions générales de la police, article qui ne joue que par convention expresse réalisée par ladite mention (art. 10 de la police du *Soleil*), soit par l'adjonction à une police individuelle d'une annexe stipulant la garantie des maladies (par exemple, *Le Phénix*).

Une semblable police a pour objet de garantir la mort, l'infirmité ou l'incapacité temporaire résultant d'accidents corporels, et l'incapacité temporaire seulement provenant de maladies limitativement déterminées par la police et qui sont généralement les suivantes : fièvre typhoïde, fièvre scarlatine, appendicite (pour la période consécutive à une opération chirurgicale), pneumonie franche aiguë et pleurésie non tuberculeuse, péritonite aiguë, méningite, diphtérie, rougeole, petite vérole, tétanos, choléra asiatique, typhus, érysipèle, oreillons.

L'allocation quotidienne à laquelle l'assuré a droit est payable dans les mêmes conditions que celles prévues pour l'incapacité temporaire provenant d'un accident, et pendant quatre-vingt-dix jours au plus après les dix premiers jours de maladie qui ne donnent pas droit à indemnité¹.

En aucun cas, l'assureur ne garantit la mort, ni l'infirmité résultant de maladie.

De plus, les sommes assurées pour le cas d'accident et de maladie ne pourront jamais se cumuler. Quand l'assuré subit un accident garanti et que, pendant la période de traitement, il est atteint d'une maladie également garantie, qu'elle soit ou non la cause de l'accident, une seule somme assurée est due : ou le capital assuré en cas

1. Art. 10 de la police individuelle du *Soleil*.

d'infirmité due à un accident, ou l'allocation journalière prévue en cas d'accident, ou l'allocation journalière allouée en cas de maladie. Aussi l'assuré, qui postérieurement au règlement d'un accident déclare être atteint d'une maladie, doit prouver qu'elle n'a pas pris naissance pendant la période de traitement et qu'elle n'est pas la conséquence de l'accident.

L'assureur ne doit aucune indemnité en cas de décès par maladie alors même que celle-ci aurait été aggravée par un accident, qu'il soit survenu avant, conjointement ou après l'état de maladie.

§ 2

L'assurance individuelle complémentaire-vie¹

L'assurance individuelle complémentaire-vie, ou assurance complémentaire-vie tout court, est une assurance d'importation américaine. Depuis 1906, elle a été pratiquée dans ce pays par de petites compagnies d'assurance sur la vie. En 1908, la *New-York Life Insurance Company* l'adopte et la propage sur une grande échelle. En Amé-

1. Agnel, de Corny et Dujon, *op. cit.*, p. 575-580. — Braun, *Die Unfallzusatzversicherung in der Lebensversicherung* dans *Zeitschr. f. d. ges. V.-W.*, 1928, p. 48 et suiv.; — du même auteur, *Die Bedeutung von Unfällen aller Art für die Sterblichkeit der Lebensversicherten und die Unfallzusatzversicherung*, dans le rapport du X^e Congrès International des Actuaires, Rome, 1934, t. IV, p. 1-18. — Martin (Londres), *The Effects of Fatal Accidents of all kinds on the Mortality of Insured Lives. Supplementary Accident Insurance*, même Congrès, t. IV, p. 39-54. — Buttolph, *Note on Liability to Death from Accident*, dans *Records of the American Institute of Actuaries*, t. VII. — Hémard, *op. cit.*, t. II, p. 469-473. — Hutchison, *On double Indemnity clause*, dans *Transactions of the Actuarial Society of America*, t. XIX. — Hunter, *The Accidental Death Feature*, *ibid.*, t. XXVI. — Manes *Versicherungswesen*, t. III, p. 161. — Richard, *Etude sur l'assurance complémentaire de l'assurance sur la vie*, Paris 1911. — Webb, *Actual Experience of the Double Indemnity Feature*, dans *Records of the American Institute of Actuaries*, t. XI.

rique, l'assurance complémentaire-vie est devenue un événement tellement commun qu'on ne peut plus la supposer omise dans une assurance américaine sur la vie. Telle qu'elle s'est développée aux Etats-Unis, elle se présente sous la forme d'une assurance contre la mort accidentelle, jointe, à titre de complément, à une assurance sur la vie. En cas de mort par accident de l'assuré, le bénéficiaire de la police touche deux fois le capital assuré : d'abord du chef de l'assurance-vie. et, ensuite, du chef de l'assurance-accidents. D'où le nom de *double indemnity feature*. La prime annuelle moyenne est en général de 1 °/00, parfois 1,25 à 1.50 °/00, de la somme assurée pour des personnes qui ne sont exposées à aucun risque spécial.

Les mémoires produits au X^e Congrès International des Actuaire, qui s'est tenu à Rome au mois de mai 1934, nous apprennent que cette nouvelle forme d'assurance n'a pas connu un développement uniforme en Europe.

En Allemagne¹, l'assurance complémentaire-vie n'a pris d'essor qu'après la stabilisation monétaire de 1924. Beaucoup de compagnies se sont montrées d'abord hésitantes : certaines parce qu'elles craignaient une diminution de leur production de l'assurance individuelle contre les accidents, d'autres parce qu'elles ne voyaient pas la nécessité, vu la minime fréquence des cas mortels provenant d'une cause accidentelle, de créer une nouvelle forme d'assurance. L'assurance complémentaire-vie a été propagée, en effet, par les compagnies allemandes sous la forme d'une assurance contre la mort accidentelle seulement².

1. Braun, *Die Bedeutung von Unfällen aller Art für die Sterblichkeit der Lebensversicherten und die Unfallzusatzversicherung*, X^e Congrès International des Actuaire, Rome, 1934, t. IV, p. 1-18.

2. D'où le nom parfois usité de « *Unfalltodzusafversicherung* ».

Si la mort par accident a été influencée par une maladie ou une infirmité de l'assuré, le capital assuré subit une réduction proportionnelle, alors même que cette maladie ou infirmité a été connue de la compagnie, à moins que la part due à cet état morbide ne soit inférieure à 25 %.

L'assurance complémentaire-vie est présentée par les compagnies allemandes soit comme englobée dans une assurance sur la vie, soit comme jointe à celle-ci à titre facultatif. Elle a connu une expansion très importante dans ce pays, où elle est considérée aujourd'hui comme un événement banal de l'assurance sur la vie.

En Angleterre¹, qui a été le pays d'élection de l'assurance, l'assurance complémentaire-vie ne s'est développée cependant qu'assez récemment. Elle s'est étendue, comme en Allemagne, sous la forme américaine d'une assurance contre la mort accidentelle, le capital assuré étant doublé dans ce cas. A l'heure actuelle, sur soixante compagnies anglaises, il n'y en a que quinze qui pratiquent régulièrement cette nouvelle forme d'assurance.

Les établissements d'assurance d'autres pays, tels que la Suède² et la Norvège³, n'ont pas jugé utile d'introduire chez eux l'assurance complémentaire-vie, considérant qu'il n'y avait pas nécessité économique, étant donné la minime fréquence des décès par accident en comparaison avec les décès dus à d'autres causes.

1. Martin (Londres) *The Effects of Fatal Accidents of All Kinds on the Mortality of Insured Lives. Supplementary Accident Insurance*, X^e Congrès International des Actuaires, Rome, 1934, t. IV, p. 39-54.

2. Palmquist (Stockholm), *L'influence des accidents de toute nature sur la mortalité des assurés sur la vie. L'assurance complémentaire contre les accidents*, X^e Congrès International des Actuaires, Rome, 1934, t. IV, p. 79-89.

3. Kallager (Oslo), *The Effects of Accidents of All Kinds on the Mortality among Insured Lives. Supplementary Accident Insurance*, rapport du Congrès précité, t. IV, p. 62-66.

En France, l'assurance complémentaire-vie a pris une forme toute particulière. On peut dire, sans exagération, qu'elle a passé par le moule de l'assurance individuelle contre les accidents combinée avec une assurance contre les maladies. Par différence avec l'Amérique et aussi avec l'Allemagne et l'Angleterre, comme nous venons de le voir, elle peut être souscrite soit à la même compagnie que l'assurance sur la vie, si cette compagnie exploite aussi la branche-accidents, soit à une autre compagnie d'assurance contre les accidents ; ce qui veut dire, en même temps, qu'en France, l'assurance complémentaire-vie, même lorsqu'elle est souscrite à la même compagnie que l'assurance sur la vie, est toujours réalisée par une police séparée.

Nous donnons ci-après les modalités de l'assurance-complémentaire-vie, telle qu'elle est pratiquée par une des plus grandes compagnies françaises¹.

Lors de la souscription de la police, l'assuré a la faculté d'y faire comprendre telles des trois garanties, A, B et C qu'il désire, en choisissant obligatoirement l'un des modes (n° 1 ou n° 2) de la garantie B, les garanties A (décès par accident) et C (incapacité temporaire complète) ne pouvant pas être assurées indépendamment d'une garantie B.

Cela dit, voyons en quoi consiste chacune de ces garanties A, B et C.

Garantie A. — Décès par accident.

Il faut que le décès soit survenu à la suite d'un accident pour que la police complémentaire-vie ait à jouer.

1. Police complémentaire-vie de *L'Union*.

D'autre part, le décès doit survenir dans les six mois qui suivent le jour de cet accident. En ce cas, la compagnie-accidents paiera aux bénéficiaires désignés aux conditions particulières de la police d'assurance sur la vie, un capital égal à celui qui est assuré par cette police, le doublant par conséquent, à charge par les bénéficiaires d'apporter la preuve de la relation de cause à effet, entre l'accident et le décès.

Le paiement de ce capital aura lieu dans les trente jours qui suivront la remise de la police et de toutes les pièces justificatives.

La garantie ci-dessus définie prend fin à partir du moment où l'assuré bénéficie des avantages concédés pour le cas d'incapacité permanente absolue de travail.

Si l'assuré vient à mourir par le fait volontaire d'un bénéficiaire, ce dernier est déchu de tous droits sur le capital assuré, qui restera néanmoins payable aux autres bénéficiaires ou ayants-droit.

Garantie B. — Incapacité permanente absolue.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une incapacité permanente absolue de travail, dans les conditions prévues par la police, l'assuré, auquel incombe la preuve de l'incapacité, devra en faire la déclaration à la Compagnie par lettre recommandée, en y joignant une attestation détaillée de son médecin.

Les avantages suivants accordés par la compagnie : exonération du paiement des primes de l'assurance complémentaire, remboursement des primes-vie, paiement de rente viagère, commencent à courir à partir de la date de la reconnaissance par la compagnie du caractère permanent et absolu de l'incapacité.

Les rentes à servir à l'assuré en vertu de l'assurance complémentaire sont payables à trimestre échu, étant convenu :

1^o Que le service de ces rentes prendra fin dès que l'assuré cessera d'être en état d'incapacité permanente absolue ;

2^o Qu'il ne sera rien dû par la compagnie pour le trimestre au cours duquel l'assuré décèdera.

Mode N° 1 :

a. Les primes de l'assurance complémentaire-vie cessent d'être dues à la compagnie-accidents et celle-ci, tant que l'assuré sera en état d'incapacité permanente absolue et que la police d'assurance sur la vie sera en cours, lui remboursera par douzième échu, la prime de ladite police correspondant à la période d'incapacité.

b. La compagnie-accidents servira à l'assuré jusqu'à son décès, une rente viagère d'un montant égal à 10 % du capital assuré par la police d'assurance sur la vie.

Mode N° 2 :

a. Comme dans le cas *a* ci-dessus : cessation du paiement des primes-accidents, remboursement à l'assuré des primes-vie par la compagnie-accidents ;

b. La compagnie-accidents paiera, par anticipation, le capital assuré par la police d'assurance sur la vie, dans les délais respectifs ci-après :

Soit *immédiatement*, lorsque l'incapacité permanente absolue de travail résultant d'un accident consistera dans la perte des deux yeux ou dans la perte complète de l'usage de deux membres ; soit après *deux années* de durée d'autres infirmités constituant une incapacité permanente absolue, en particulier de celles de paralysie

d'une moitié du corps ; d'affaiblissement progressif des facultés intellectuelles, de perte de la faculté de langage, lorsque ces deux dernier ; phénomènes sont sous la dépendance d'une lésion des centres nerveux non susceptibles de réparation ; d'état de cachexie tel que le malade est définitivement condamné à l'immobilité ; de surdité complète chez les médecins et d'aphonie caractérisée chez les avocats, chanteurs et professeurs, avant l'âge de 55 ans ; — soit après *trois années* de durée, à dater de la reconnaissance par la Compagnie, en cas d'aliénation mentale.

Le paiement anticipé de ce capital, dans les conditions ci-dessus, mettra fin au remboursement à l'assuré des mensualités correspondant à la prime-vie et sera subordonné au transfert régulièrement effectué au bénéfice de la compagnie-accidents, et accepté par la compagnie-vie, de la pleine propriété de la police d'assurance sur la vie demeurée pleinement valable et pourvue de tous ses effets.

Le paiement anticipé, lorsqu'il sera devenu exigible, pourra, si l'assuré en exprime le désir, être remplacé par une rente temporaire d'un montant annuel égal à 5 % du capital assuré par la police-vie, cessant au moment de l'exigibilité du capital assuré par cette police ;

c. Outre le paiement anticipé du capital assuré par la police d'assurance sur la vie ou de la rente temporaire de 5 % prévue ci-dessus, la compagnie-accidents devra servir à l'assuré, jusqu'à son décès, une rente viagère, d'un montant annuel égal à 5 % du capital assuré par la police d'assurance sur la vie.

Garantie C. — Incapacité temporaire complète.

En cas d'accident ou de maladie entraînant une incapacité temporaire complète de travail, ou tout au moins l'obligation de garder le lit ou la chambre, les primes cesseront temporairement d'être dues à la compagnie-accidents, et celle-ci, tant que l'incapacité sera complète et que la police d'assurance sur la vie sera en cours, remboursera à l'assuré, par douzième échu, la prime de ladite police correspondant à la période d'incapacité.

L'exonération du paiement des primes de l'assurance complémentaire et le remboursement à l'assuré des primes de la police-vie commencent à courir de la date à laquelle la compagnie reconnaît qu'il s'agit d'une incapacité complète de travail sans toutefois que ce puisse être avant le trente-et-unième jour qui suivra celui de la réception de la déclaration.

Telle est, dans les grandes lignes, l'économie de l'assurance complémentaire-vie comme elle est pratiquée par un des plus grands établissements d'assurance français.

Quelques compagnies prévoient pour les assurances à terme fixe, que le paiement anticipé avec transfert de la police-vie à la compagnie-accident, en cas d'incapacité permanente absolue, sera effectué pour sa valeur escomptée à 5 % du jour du versement à celui de l'échéance du contrat ¹.

Si le paiement de la rente de 10 % ou le paiement anticipé du capital assuré n'est garanti par la plupart des compagnies qu'en cas d'*incapacité permanente absolue*, quelques compagnies cependant garantissent le paiement

1. Art. 1^{er} B, *in fine*, de la police complémentaire-vie de *La Protectrice*.

d'une rente de 5 %, en cas d'*incapacité permanente partielle* de 25 à 50 % et versent une rente de 10 % si l'incapacité permanente est supérieure à 50 %¹.

En ce qui concerne l'incapacité temporaire, certaines compagnies n'interviennent pour le paiement de la prime-vie qu'après soixante jours d'incapacité complète, et au lieu de la rembourser à l'assuré, tant que sa police-vie est en cours, se substituent à celui-ci pour la verser à sa place à la compagnie-vie. D'autres compagnies ne prévoient aucune garantie, pour le cas d'incapacité temporaire.

La limite d'âge généralement admise, par les compagnies françaises est de 60 ans. Lorsque l'assuré atteint cet âge, sa police complémentaire est considérée, à partir de ce moment, comme résiliée de plein droit.

L'assurance complémentaire-vie est liée à l'assurance sur la vie qu'elle accompagne et à la forme de laquelle elle doit s'adapter. Ce n'est que pour les assurances en cas de décès ou mixtes, que le double effet de la combinaison se produit et que le capital assuré peut être payé par anticipation. Certains assureurs écartent même l'assurance complémentaire pour l'assurance-vie entière et ne l'admettent que pour les assurances à durée limitée, parce que ce n'est qu'à leur égard qu'elle présente une réelle utilité. Dans les assurances en cas de vie, assurances dotales ou de capitaux différés, il ne peut y avoir lieu à un paiement par anticipation; le seul effet de l'assurance complémentaire se réduit alors à rendre certain le paiement de la prime d'assurance sur la vie. Il va de soi que c'est dans les assurances mixtes que les

1. Par exemple, *Le Patrimoine*, police complémentaire-vie, art. 2, (modèle 43 A).

contrats complémentaires-vie sont les plus fréquents.

L'assurance complémentaire-vie n'a, par conséquent, d'effet que si la police d'assurance sur la vie qu'elle complète est elle-même en vigueur. Elle a la même durée que la police-vie, sauf lorsque l'assuré atteint l'âge de soixante ans, avant l'expiration de cette dernière, cas où la police complémentaire est résiliée de plein droit, comme nous l'avons déjà dit. En cas d'annulation, de résiliation ou de rachat de l'assurance sur la vie, la police complémentaire est résiliée d'office, sans restitution des primes versées qui restent acquises à la compagnie; elle est réduite ou résiliée, suivant les compagnies, en cas de réduction de l'assurance sur la vie.

Le paiement des primes de l'assurance complémentaire est toujours facultatif, comme en matière d'assurance sur la vie; cela va de soi d'ailleurs.

Les autres conditions de l'assurance complémentaire-vie (telles que la définition de l'accident, maladies garanties, réticences, aggravations de risques, etc..) ne sont que la reproduction des conditions générales de l'assurance individuelle contre les accidents et les maladies.

§ 3

*L'assurance individuelle combinée avec une une contre-assurance*¹

L'assurance individuelle combinée avec une contre-assurance est une assurance contre les accidents qui

1. Hagen, *Versicherungsrecht*, 2^e vol., p. 506-508. — Hémard, *op. cit.*, t. II, p. 474. — Manes *Versicherungslexikon*, v^o Prämienrückgewähr, p. 1189, 1190. — Manes, *Versicherungswesen*, t. III, p. 159. — Roux, *op. cit.*, p. 28.

fonctionne, à la façon de l'assurance sur la vie, sur la base de certaines tables des probabilités et nécessite comme celle-ci une accumulation des réserves de primes.

Dans l'assurance individuelle avec contre-assurance, l'ensemble des primes payées à la compagnie est remboursé à l'assuré ou à ses bénéficiaires, sans les intérêts de celles-ci, soit après l'expiration de la durée prévue par la police, soit après que l'assuré a atteint l'âge-limite, soit après que la preuve de la mort de l'assuré a été apportée par ses ayants droit. La cause de la mort est sans importance quant à l'obligation de l'assureur de rembourser les primes payées¹. Cette assurance se compose donc de deux assurances : d'une assurance ordinaire contre les accidents et d'une assurance complémentaire qui est la contre-assurance.

Il résulte de ce qui précède que la prime de cette assurance se compose également de deux parties : d'une partie relative à l'assurance contre les accidents et d'une autre se rapportant à la contre-assurance.

Si la contre-assurance a plus de trois ans d'existence, le preneur d'assurance a le droit de demander la transformation de celle-ci (non de l'assurance contre les accidents) en une assurance à prime non obligatoire ou le remboursement de la part proportionnelle de la réserve de primes (le plus souvent 75 %, mais parfois aussi progressivement croissant à compter de 60 %); jusqu'à

1. La compagnie allemande *Victoria* vante dans ses cahiers mensuels les avantages de l'assurance individuelle avec contre-assurance; chez elle, l'assuré n'aurait pas l'impression de ne plus revoir les primes qu'il aurait payées; au contraire, il aurait plutôt le sentiment d'avoir fait un acte d'épargne pour lui-même ou pour ceux qu'il laisserait à sa mort, car tout ce qu'il aurait payé comme primes est remboursé et notamment sans qu'il soit tenu compte si l'assuré a subi un dommage ou non, de sorte que l'assurance ne lui est accordée que pour les intérêts des primes payées.

même concurrence des prêts peuvent être accordés, qui sont réglés d'une manière analogue à l'assurance sur la vie. De même s'applique le droit de résiliation de l'assuré à la fin de chaque période d'assurance en cours. Cette résiliation de la contre-assurance est sans influence sur la subsistance de l'assurance contre les accidents. Les sommes payées du fait des accidents dont a été victime l'assuré ne viennent naturellement pas en déduction des primes remboursables. Comme la réserve de primes de l'assurance à prime non obligatoire est moins élevée que celle de l'assurance en cours, l'assuré peut être frustré dans ses intérêts par le droit de résiliation de l'assureur après chaque arrivée de sinistre. Les nouvelles conditions des compagnies allemandes stipulent, dans ce cas, le remboursement de la partie libérée de la réserve des primes.

Titre II

La nature de l'assurance individuelle, le risque qu'elle couvre, son domaine

Ce titre comportera, ainsi qu'indique son énoncé, trois chapitres :

Chapitre I. — La nature de l'assurance individuelle.

Chapitre II. — Le risque dans l'assurance individuelle.

Chapitre III. — Le domaine de l'assurance individuelle.

CHAPITRE I

LA NATURE DE L'ASSURANCE INDIVIDUELLE

Dans ce chapitre, nous étudierons en premier lieu les différences que présentent l'assurance individuelle avec l'assurance sur la vie et l'assurance de choses (§ 1). Ensuite, nous passerons en revue les différents caractères de l'assurance individuelle (§ 2). Enfin, nous examinerons de plus près le caractère non-indemnitaire de cette assurance (§ 3).

§ 1

Les différences que présente l'assurance individuelle avec l'assurance sur la vie et avec l'assurance de choses :

1°. *Les différences que présente l'assurance individuelle avec l'assurance sur la vie*¹. — Il y a d'abord une différence technique : l'assurance sur la vie est une opération complexe de capitalisation et d'assurance ; l'assurance individuelle, au contraire, est seulement une opération d'assurance.

Dans l'assurance sur la vie, et c'est une deuxième différence technique, la prime varie suivant l'âge de l'assuré ; dans l'assurance individuelle, au contraire, elle reste invariable. Cela s'explique par la différence de risques : vie, accident.

1. Hatté, *op. cit.*, p. 161. — Roux, *op. cit.*, p. 25.

L'événement qui fait naître le droit à la somme assurée dans l'assurance sur la vie en cas de décès, n'est pas un événement incertain, car tôt ou tard l'assuré mourra ; on ne peut donc parler d'une condition incertaine, ce qui est incertain c'est le terme. Au contraire, ce qui donne naissance au droit à la somme assurée dans l'assurance individuelle, c'est l'accident qui est par essence un événement futur et incertain.

Si, dans l'assurance sur la vie, l'assureur paie au bénéficiaire la somme assurée quelle que soit la cause du décès, il n'en est pas de même dans l'assurance individuelle, où les sommes assurées pour le cas de mort, d'infirmité ou d'incapacité temporaire ne sont dues que lorsque la mort, l'infirmité ou l'incapacité temporaire provient d'un accident ¹.

Il suffit, dans l'assurance sur la vie, que le bénéficiaire fasse la preuve de la matérialité de la mort de l'assuré ; c'est à l'assureur de prouver que la mort, ne s'est pas produite dans les conditions exigées pour que la garantie soit acquise : c'est une preuve négative qui incombe à l'assureur, preuve toujours très difficile. Dans l'assurance individuelle, au contraire, la preuve de l'accident incombe toujours à l'assuré ou au bénéficiaire.

Enfin, dans l'assurance sur la vie, il n'y a pas de sinistre partiel ; lorsqu'il y a lieu à la prestation de l'assureur, c'est toujours l'intégralité de la somme assurée qui est due. Nous savons déjà qu'il en est autrement dans l'assurance qui fait l'objet de notre étude.

2°. *Les différences que présente l'assurance individuelle avec l'assurance de choses* ². — Parmi les classifications

1. La définition de l'accident sera donnée ultérieurement. Voir p. 161.

2. Ancy et Sicot, *Le contrat d'assurance*, Paris, 1931, p. 15. — Olivier

des assurances, une des principales distingue entre l'assurance de choses et l'assurance de personnes dans laquelle rentre l'assurance individuelle¹.

L'assurance de choses a pour objet le versement d'une indemnité en vue de la réparation d'un dommage (Exemple : l'assurance contre l'incendie). C'est donc essentiellement un contrat d'indemnité. En ce qui le concerne, le droit à l'indemnité naît exclusivement du dommage causé par la réalisation du risque et l'importance de l'indemnité due à l'assuré est soigneusement déterminée au moment du sinistre.

L'assurance de personnes, au contraire, a pour objet le versement d'un capital ou d'une rente à la réalisation du risque, sans que ce capital ou cette rente correspondent à l'indemnisation d'un dommage (*exemples* : assurance sur la vie, assurance individuelle).

Toutes les autres différences de l'assurance individuelle avec l'assurance de choses résultent des conséquences de la différence précitée. Ces conséquences seront étudiées en même temps que le caractère non-indemnitaire de l'assurance individuelle (§ 3 de ce chapitre).

§ 2

Les différents caractères de l'assurance individuelle².

Le contrat d'assurance individuelle offre les caractères suivants, qui lui sont du reste communs avec tous les

Malter, *De la nature de l'assurance individuelle contre les accidents*, Rev. Gén. Ass. et Resp., 1929, n° 473, p. 1. — Weens, *Du principe que l'assurance de choses est un contrat d'indemnité*, thèse, Paris, 1927, p. 59.

1. Cette distinction a été adoptée par la loi suisse du 2 avril 1908, V. *Ann. de législ. étr.*, 1908, p. 456. — Notre loi du 13 juillet 1930 distingue entre l'assurance de dommages (notion considérée comme étant plus large que l'assurance de choses) et l'assurance de personnes.

2. Hatté, *op. cit.*, p. 164. — Paris Le Clerc, *Le contrat d'assurance, sa nature juridique*, thèse, Paris, 1932.

autres contrats d'assurance en général : il est consensuel, synallagmatique, à titre onéreux et aléatoire. Nous savons déjà qu'il n'est pas de caractère indemnitaire.

Nous passerons donc rapidement en revue les caractères communs de l'assurance individuelle avec les autres assurances, en considérant un peu plus longuement, son caractère consensuel. Nous verrons, ensuite, s'il est commercial ou civil. Nous étudierons, enfin, — mais cela fera déjà l'objet du § 3 de ce chapitre, — son caractère non indemnitaire.

Le contrat d'assurance individuelle est un contrat *synallagmatique*, car il engendre des obligations réciproques des parties : l'assuré doit acquitter exactement ses primes, l'assureur effectuer le versement des sommes promises lorsqu'un accident vient atteindre l'assuré.

C'est un contrat *à titre onéreux*, c'est-à-dire intéressé des deux côtés : l'assuré, pour avoir la garantie des sommes qu'il touchera en cas de sinistre paie des primes ; l'assureur qui touche ses primes assume, en contrepartie, la garantie de payer les sommes assurées en cas de réalisation des risques courus par l'assuré.

Il est *aléatoire*, car il y a chance de gain ou de perte pour chacune des parties (art. 1104, al. 2 C. civ.) L'assureur, suivant qu'il se produira ou non un accident, aura payé une somme bien plus forte que les primes reçues ou bien au contraire aura reçu les primes pour rien. On conçoit, du reste, qu'entre deux contractants la chance de gain ou de perte que l'un court, soit une chance inverse pour l'autre de perte ou de gain.

Le dernier caractère commun que le contrat d'assurance individuelle présente avec les autres contrats

d'assurance, c'est qu'il est un contrat *consensuel*, c'est-à-dire qui se forme par le seul consentement des parties¹. Peu importe, dans le contrat consensuel, qu'un écrit soit dressé. Ce dernier peut avoir une certaine importance au point de vue de la preuve du consentement si l'une des parties conteste le contrat ou ses clauses, mais il n'est pas nécessaire pour la formation du contrat, dont le consentement est la base. En principe, chez nous, tous les contrats sont consensuels.

Une jurisprudence constante a toujours reconnu le caractère consensuel du contrat d'assurance².

La loi du 13 juillet 1930 a-t-elle changé quelque chose à ce sujet ?

L'art. 8 de cette loi dit, il est vrai, que le contrat d'assurance est rédigé par écrit, mais cet article se trouve placé dans la section de la preuve et ne peut avoir pour effet que d'écarter en notre matière la preuve par témoins et par simples présomptions. Il ne nous semble pas que cet article ait voulu dire que dorénavant les parties seraient liées seulement par la signature de la police ou de la note de couverture. D'abord, la note de couverture n'est pas signée de l'assurée. Seul l'assureur s'oblige en accordant sa garantie. Ensuite, il arrive souvent, en pratique, que l'assureur s'engage à couvrir l'assuré par simple lettre ou par dépêche. Est-ce là une note de couverture ? Si l'affirmative est admise, il faut

1. Colin et Capitant, *Droit civil fr.*, 7^e édit., t. II, p. 744. — Ehrenberg *Privatversicherungsrecht* dans *Enzyklopädie der Rechts- und Staatswissenschaft*, t. XIII, Berlin, 1923, p. 7. — Hagen, *op. cit.*, p. 310. — Ostertag, *Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag*, 2^e édit., revue par Hiestand, Zurich-Leipzig, 1928, p. 8. — Paris Le Clerc, *op. cit.*, p. 76-102.

2. C. Paris, 20 mai 1925, *Rec. Pér. Ass.*, 1926, p. 117. — C. Angers, 8 févr. 1927, *Rec. Pér. Ass.*, 1927, p. 28. — C. Alger, 25 janv. 1829, *Rec. Pér. Ass.*, 1928, p. 185. — Cass. civ. 16 nov. 1931, *Rec. Pér. Ess.*, 1931, p. 425.

décider que tout écrit par lequel l'assureur s'engagera sera une note de couverture, et il n'y aura rien de changé, dans ce cas, avec l'interprétation du caractère consensuel qu'on donnait du contrat avant 1930. L'appréciation du juge reste entière. Si toutefois on pense que la note de couverture doit revêtir une forme déterminée, on peut faire remarquer que la loi ne la définit pas.

En principe donc, le contrat d'assurance se forme par le seul échange des consentements, mais, en fait, très souvent, les choses se passent autrement, et il existe des pratiques dérogeant au caractère consensuel du contrat d'assurance. De droit commun, les parties sont, en effet, libres de soumettre la formation du contrat soit à la délivrance d'une police et sa signature par les intéressés, soit au paiement de la première prime. Le contrat devient ainsi par la volonté des contractants, suivant que sa formation est soumise à la délivrance d'une police et sa signature par les parties ou au paiement de la première prime, un contrat solennel ou réel. Tant que la police n'est pas délivrée et ne porte pas la signature des parties, ou tant que la première prime n'est pas payée, il n'y a pas de contrat ¹.

Avec ce cas, il ne faut pas confondre celui où la formation du contrat se fait dans les conditions normales, alors que l'exécution en est reportée soit intégralement (*clause de report d'effet du contrat*), soit en partie (*clause de report d'effet de la garantie*). Ce cas sera examiné ultérieurement ².

1. Besson, *La conclusion du contrat d'assurance*, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1933, p. 37-40.

2. Voir p. 119.



Le contrat d'assurance individuelle est-il un contrat *commercial* ou *civil* ? Cette question qui a une importance pratique considérable, au point de vue spécialement de la détermination de la capacité des parties et de la compétence des tribunaux, appelle des distinctions.

Au regard de l'assuré, l'assurance est en général un acte civil. L'assuré, en contractant, n'a en effet aucune spéculation en vue.

Il a été jugé, conformément à ce principe, que l'assurance individuelle était, dans tous les cas, c'est-à-dire même souscrite par un commerçant, un acte civil.

Mais la jurisprudence décide que si l'assurance individuelle est contractée par un commerçant pour les accidents dont il pourrait être victime dans l'exercice de sa profession, elle constitue une suite, un *accessoire* de ce commerce et est, par suite, elle-même un acte de commerce.

Au regard de la compagnie assureur, on peut dire que le principe précédent, se trouve renversé. Quant à elle, l'assurance est, en règle générale, un acte commercial. Les compagnies d'assurances ont pour but en effet, de réaliser des bénéfices, par la différence entre les indemnités payées et les primes reçues. Il importe peu que l'art. 633 du Code de commerce énumère parmi les actes commerciaux les opérations d'assurances maritimes et garde le silence sur celles d'assurances terrestres : ce silence n'implique pas une différence de nature entre les deux genres d'opérations, il s'explique par la raison toute simple, que le Code ne s'occupe nulle part des assurances terrestres, à peine connues au commencement du XIX^e siècle.

Par exception, lorsque l'assureur est une société mutuelle, l'assurance est, en ce qui la concerne un acte purement civil ; une telle société est une société civile et chaque acte isolé d'assurance qu'elle contracte doit participer naturellement de son caractère.

§ 3

Le caractère non indemnitaire de l'assurance individuelle¹.

L'art. 55 de la loi du 13 juillet 1930 est ainsi conçu :

« Dans l'assurance de personnes, l'assureur, après paiement de la somme assurée, ne peut être subrogé aux droits du contractant ou du bénéficiaire contre les tiers à raison du sinistre ». C'est le contre-pied de l'art. 36 en matière d'assurances de dommages.

Cette disposition est directement déduite du principe exprimé par l'article précédent, à savoir que l'assurance de personnel n'est pas un contrat d'indemnité. D'après l'art. 54, en effet : « En matière d'assurance sur la vie (assurance en cas de vie et assurance en cas de décès) et d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, les sommes assurées sont fixées par la police ».

C'est là l'aboutissement d'une longue évolution jurisprudentielle et doctrinale.

1. Agnel, de Corny et Dujon, *op. cit.*, p. 405. — Ancey et Sicot, *op. cit.*, p. 202-207. — Colin et Capitant, *Dr. civ., fr.*, 7^e édit., p. 473, 758. — Ehrenzweig, *Das Gesetz, v. 23 dezember 1917 über den Versicherungsvertrag*, Vienne 1918, p. 203. — Godart et Perraud-Charmantier, *Le Code des Assurances*, Paris, 1930, p. 193. — Hémard, *op. cit.*, t. I, p. 55, 93 ; t. II, p. 38. — Malter, *op. cit.*, *Rev. gén. Ass. et Resp.*, 1929, 473. — Paris Le Clerc, *op. cit.*, p. 143. — Manes, *Versicherungswörterbuch*, v. *Unfallversicherungsvertrag*, p. 1641. — Van Eeckhout, *Le droit des assurances terrestres*, Bruxelles, 1933, p. 74 et suiv. — Vance, *op. cit.*, p. 679-680. — Vivante, *Traité de droit commercial*, trad. sur la 3^e édit., ital. par Jean Escarra, t. IV, Paris, 1912, n° 1863. — Weens, *Du principe que l'assurance des choses est un contrat d'indemnité*, thèse, Paris, 1927, p. 43-69, et spécialement le Livre V, p. 403-430.



Tant que l'assurance ne portait que sur les risques afférents aux choses, on a enseigné — et c'était parfaitement exact et cela l'est encore aujourd'hui pour ces sortes d'assurances — qu'elle est essentiellement un contrat d'indemnité qui ne peut jamais constituer une source de profit pour l'assuré¹. Ce principe restera dominant pendant tout le cours du XIX^e siècle, puisque le projet de loi de 1904 s'en est encore inspiré.

Alauzet dans les *Principes généraux* de son traité², tome I, page 172, écrit en effet : « Un principe général qui domine toute la matière des assurances, c'est que le contrat ne peut jamais être pour l'assuré une source de profit : pour lui, l'assurance n'est pas un moyen d'acquérir. Le seul objet que puisse avoir le contrat est de lui assurer l'équivalent des objets mis en risque, s'ils viennent à périr ou à souffrir un dommage ». Et dans le tome II, page 479, à propos de l'assurance sur la vie : « Les assurances sur la vie proprement dites sont soumises aux principes généraux de la matière, sauf les modifications résultant de la nature des choses, et aux mêmes règles que les autres assurances. Ainsi on ne peut faire assurer que la vie d'une personne existante et seulement lorsqu'il s'y attache un intérêt direct, immédiat et réel, *l'assurance ne peut excéder cet intérêt ; elle ne peut jamais être faite contre l'éventualité de la perte d'un bénéfice* ».

En 1886, c'est encore un principe indiscutable, et en ce qui concerne l'assurance individuelle, il suffit de parcourir les conditions générales de la police individuelle

1. La loi belge du 11 juin 1874 sur les assurances porte le cachet du caractère absolu de ce principe.

2. Alauzet, *Traité général des Assurances*, 2 vol., Paris, 1844.

citées par Chaufton¹. Et le *Répertoire* des Pandectes Françaises (1890), tome 9, v^o *assurance contre les accidents*, n^o 2: « Comme les autres, elle (l'assurance contre les accidents) à pour but de réparer un dommage subi, et non de procurer un bénéfice ».

Il n'y a là rien d'étonnant puisque le projet de 1904, par la définition qu'il donnait de l'assurance dans son article premier, devait consacrer officiellement ce principe. Le projet de 1925, devenu la loi du 13 juillet 1930, abandonne toute définition de l'assurance; il distingue entre l'assurance de dommages et l'assurance de personnes, et ne conserve plus ce principe que pour la première. Cette solution avait déjà été admise par la loi suisse du 2 avril 1908 (art. 96) et la loi allemande du 30 mai 1908. Cette dernière, toutefois, ne se prononce que d'une façon implicite; en effet, elle organise de façon très complète la subrogation de l'assureur en matière d'assurance de choses (§ 67), mais ne dit mot de la subrogation en matière d'assurance de personnes.

Comment ce changement de principe s'explique-t-il ?



Nous avons déjà dit que, aussi longtemps que l'assurance ne couvrait que les risques afférents aux choses, le principe qu'elle est un contrat d'indemnité était inébranlable. Mais avec l'assurance sur la vie une brèche s'était produite par l'évolution prise par la jurisprudence dans cette matière. Cette brèche s'est encore élargie avec le développement rapide de l'assurance individuelle depuis 1880 à laquelle cette jurisprudence a été lente-

1. Chaufton, *Les Assurances*, t. II, Paris, 1886, p. 314-319. — Dans le même sens, Hatté, *op. cit.*, p. 160.

ment, mais sûrement étendue par les tribunaux et les Cours d'appel¹. Ce courant de la jurisprudence a d'ailleurs été largement inspiré par la doctrine des auteurs qui s'est nettement dirigée dans le sens que l'assurance de personnes n'est pas un contrat d'indemnité².

Toutefois, aujourd'hui encore, des auteurs éminents continuent à enseigner qu'il est de l'essence du contrat d'assurance d'être un contrat d'indemnité³.

M. Sumien définit l'assurance individuelle comme ayant pour objet « la réparation du préjudice pécuniaire causé à l'assuré par les accidents corporels de toute nature qu'il peut éprouver »⁴. Manes aussi écrit, comme à regret : « L'assurance contre les accidents est juridiquement juxtaposée, dans la plupart des cas, de même que l'assurance sur la vie, à l'assurance de *dommages comme une pure assurance de sommes*, cependant guère avec raison »⁵. De même Hagen, qui, après avoir constaté que la prestation de l'assureur est indépendante du dommage causé et doit être exécutée telle qu'elle a été fixée par la police⁶, admet néanmoins la possibilité de recours pour l'assureur contre le tiers responsable, en vertu du § 67 (L. allem. du 30 mai 1908 relative à l'assurance de dommages)⁷.

1. Amiens, 4 déc. 1902, S., 1903-2-257, note de M. Wahl; D., 1903-2-313, note de M. Hitier. — Montpellier, 9 janv. 1905, S., 1905-2-270; D., 1906-2-186, note de M. Capitant; Bordeaux, 13 janv. 1913, *Rec. Pér. Ass.*, 1913, p. 252; Cass. civ., 6 janv. 1914, S., 1921-1-217; D., 1918-1-57.

2. V. la bibliographie citée p. 5. — M. Weens (*précité*) va encore plus loin. Il rejette la distinction de l'assurance de choses et de l'assurance de personnes et tente de réaliser l'unification de la nature juridique des diverses assurances, en soutenant que les assurances de choses constituent, comme les assurances de personnes, la promesse d'un capital, mais que ce capital n'est dû que dans la mesure où l'ordre public ne s'y oppose pas.

3. Sumien, *Traité théor. et prat. des ass. terr.*, Paris, 1931, p. 10.

4. 1. Sumien, *op. cit.*, p. 224.

5. Manes, *Versicherungshexikon*, p. 1641.

6. Hagen, *op. cit.*, p. 500.

7. Hagen, *op. cit.*, p. 539.

Et la jurisprudence belge semble être encore aujourd'hui, pour une partie tout au moins, dans ce sens que l'assurance individuelle est un contrat d'indemnité¹.

Quoiqu'il en soit, en France, d'après les articles 54 et 55 de la loi du 13 juillet 1930, l'assurance individuelle, comme l'assurance sur la vie, n'est pas un contrat d'indemnité.



Quelles sont les raisons de cette évolution jurisprudentielle et doctrinale, consacrée par la loi sur le contrat d'assurance ? Elles sont au nombre de plusieurs.

Si l'assurance de choses est un contrat d'indemnité, c'est parce qu'il convient d'éviter que l'assuré n'ait à la survenance du sinistre un intérêt qui pourrait l'inciter à le provoquer.

D'autre part, dans l'assurance de choses, on dispose d'une mesure sur laquelle il est aisé de se mettre d'accord au moment du sinistre : la valeur de l'objet assuré.

Il n'en est pas de même, en matière d'assurance de personnes, par conséquent, aussi en matière d'assurance individuelle².

Il serait, en effet, impossible et inconcevable d'évaluer la vie et la santé de l'assuré au moment de la survenance du risque.

D'un autre côté, l'instinct de la conservation constitue un frein suffisant à la tentation que pourrait avoir l'assuré

1. Trib. comm. Bruxelles, 28 juin 1928, *Rev. Gén. Ass. et Resp.*, 1928, 316. C. d'appel Liège, 16 avril 1927, *Rev. Gén. Ass. et Resp.*, 1927, 167, et le rejet du pourvoi formé contre cet arrêt, Cass. belge, 11 avril 1919, Pas. 1929.1.157. Il est vrai que cet arrêt ne se prononce pas sur le principe même du cumul.

2. Capitiant, L. du 13 juill. 1930, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1930, p. 780.

à provoquer le sinistre, en se suicidant ou en simulant un accident ayant entraîné des lésions corporelles.

Enfin, on ouvrirait la porte à des procès sans nombre si la somme fixée dans les polices d'assurances vie ou accidents pouvait être critiquée comme exagérée.

La somme due par l'assureur sera celle qui a été fixée d'un commun accord entre l'assuré et l'assureur au moment de la souscription de la police. Aussi dit-on que les assurances de personnes sont des assurances de sommes.

Et pourtant quand on lit les définitions données de l'assurance individuelle, on est tenté de croire que c'est un contrat d'indemnité.

D'après Agnel, de Corny et Dujon, l'assurance individuelle aurait pour objet « de garantir une personne dénommée *contre les conséquences dommageables* des accidents corporels par le paiement en cas de sinistre des indemnités prévues par la police¹.

Pour M. Sumien, nous savons déjà que l'assurance individuelle a pour objet *la réparation du préjudice pécuniaire* causé à l'assuré par les accidents corporels de toute nature qu'il peut éprouver dans n'importe quelle circonstance de sa vie.

Quant à M. Hémard, « l'assurance individuelle renferme une double stipulation, celle d'une somme variant avec l'importance de la lésion corporelle et payable à l'assuré, celle d'un capital fixe payable en cas de décès de celui-ci. Par ce dernier côté, cette assurance constitue une assurance de personnes, elle s'analyse en une assurance sur la vie, à terme incertain et sous condition : le capital ou la somme assurée est déterminé d'avance. En tant

1. Agnel, de Corny et Dujon, *op. cit.*, p. 399.

qu'elle donne droit à une indemnité variable en cas d'accident, elle offre certains caractères de l'assurance de choses, elle a un caractère indemnitaire, réparateur ; l'assuré y reçoit une indemnité proportionnelle au dommage subi et le taux de la prime dépend de cette éventualité »¹.

Enfin, d'après M. Van Eeckhout, l'assurance individuelle serait celle « qui a pour objet de prémunir l'assuré ou ses ayants droit contre les conséquences d'un accident entraînant pour lui des lésions corporelles. »²

Toutes ces définitions nous semblent critiquables. Il nous paraît inexact de dire que l'assurance individuelle a pour objet de *garantir l'assuré contre les conséquences dommageables d'un accident* ou qu'elle a pour objet *la réparation d'un préjudice*. Ces locutions empruntées aux assurances de choses, sont de nature à créer une confusion lorsqu'elles sont appliquées à l'assurance individuelle.

Les formules adoptées par ses devanciers, sont soigneusement écartées par M. Van Eeckhout ; mais cet auteur nous paraît définir l'assurance individuelle plutôt par le mobile qui pousse l'assuré à contracter que par son objet.

Ce qui semble induire en erreur les auteurs précités, — on le voit nettement se dessiner dans la pensée de M. Hémar, — c'est la variabilité de la somme assurée en cas d'incapacité permanente partielle et d'incapacité temporaire. Mais, il ne faut pas oublier que la somme revenant à l'assuré pour une incapacité permanente partielle (et il en est de même pour l'allocation quotidienne) n'est pas fixée d'après l'importance du dom-

1. Hémar, *op. cit.*, t. II, p. 447.

2. Van Eeckhout, *op. cit.*, p. 376.

mage subi par cet assuré, mais d'après le capital fixé par lui pour le cas d'infirmité permanente totale et d'après le barème prévu dans les conditions générales de la police, barème qui est uniforme pour toutes les personnes assurées à la même compagnie, quelle que soit leur profession. Le degré de l'infirmité n'est, en effet, pris en considération que pour déterminer, non la valeur du dommage subi, mais la somme due à l'assuré et cette somme ne constitue pas une indemnité.

L'assurance individuelle, de même que l'assurance sur la vie, n'est pas autre chose qu'une simple assurance de sommes. Elle a donc pour objet une promesse conditionnelle de sommes d'argent, promesse que l'assureur est tenu d'exécuter à la réalisation de l'événement futur et incertain qu'est l'accident. Un point. C'est tout. Que l'assuré, ou le bénéficiaire emploie cette somme à la réparation partielle ou totale du sinistre, ou en tire même un bénéfice, cela ne regarde pas l'assureur.

Nous donnerons donc la définition suivante de l'assurance individuelle :

L'assurance individuelle est un contrat par lequel l'assureur s'engage, moyennant le versement d'une prime ou d'une cotisation, à fournir à l'assuré ou au bénéficiaire désigné, au cas où un accident corporel atteindrait l'assuré, une somme dont le montant est fixé par la police et qui sera, soit un capital variable ou fixe, soit une allocation quotidienne, soit le cumul de ce capital et de cette allocation.

*
* *

Quelles sont les conséquences du caractère non indemnitaire de l'assurance individuelle? Elles sont multiples et fort importantes :

1° Les sommes assurées sont fixées par la police. Au moment de la souscription de celle-ci, les parties sont libres de la déterminer comme il leur convient. Après la survenance du sinistre, aucune augmentation ou diminution de ces sommes n'est possible; le degré d'infirmité, nous l'avons dit déjà, ne sert qu'à déterminer la somme due et point à mesurer la valeur du dommage subi, puisqu'il n'est tenu aucun compte de la profession de l'assuré.

2° Ces sommes peuvent être sans rapport avec le préjudice que causerait l'accident à l'assuré. Pour la même raison, la règle proportionnelle qui s'applique normalement dans l'assurance de choses, sera toujours écartée.

3° L'assuré pourra contracter plusieurs assurances individuelles, à condition d'observer les prescriptions édictées par les polices à ce sujet. Ces prescriptions ont pour but de permettre à l'assureur de dépister les escroqueries, par suite de simulation d'accidents.

4° Le cumul de l'indemnité d'assurance avec les dommages-intérêts, tant au regard de l'assureur que du tiers responsable, doit, par conséquent, être admis. Il n'y a pas lieu de déduire ce capital du montant des dommages-intérêts dus par l'auteur responsable du décès. Pareille déduction reviendrait à transférer à l'auteur du dommage le bénéfice de l'assurance conclue par la victime et à l'exonérer entièrement dans le cas où le capital versé couvrirait la totalité du dommage¹.

1. Amiens, 4 déc. 1902, S., 1903-2-257, note de M. Wahl; D., 1903-2-313 note de M. Hitier; — Montpellier, 9 janv. 1905, S., 1905-2-270; D., 1906-2-186, note de M. Capitant; — Bordeaux, 13 janv. 1913, S., 1914-2-3; — Trib. correct. de Bruxelles, 9 oct. 1931, *Rec. Per. Ass.*, 1932, p. 347; — Trib. corr. de Mons, 14 nov. 1931, *Rec. Pér. Ass.*, 1932, p. 351.

5° Enfin, l'assureur ne peut être subrogé aux droits et actions de l'assuré contre l'auteur responsable. Cela résulte du caractère non indemnitaire de l'assurance individuelle et était depuis longtemps admis par la jurisprudence et la pratique des compagnies, avant que la loi du 13 juillet 1930 ne vînt le consacrer d'une manière impérative et d'ordre public.

CHAPITRE II

LE RISQUE DANS L'ASSURANCE INDIVIDUELLE

Dans toute assurance, il faut un risque. Le risque représente par la compensation des risques, la mutualité et les données statistiques, un élément indispensable de l'assurance.

Qu'entend-on par risque ?

« L'état de probabilité de dommage avant la survenance de l'événement redouté s'appelle risque. Il est déterminé par l'ensemble des circonstances susceptibles d'amener la survenance de l'événement redouté »¹.

Cette définition d'ensemble donnée par Ostertag, nous révèle les deux sens du mot *risque*. La première partie de la définition nous montre le risque comme l'éventualité de l'événement redouté : c'est ainsi qu'on parle de risque incendie, accidents, maladies, etc..; la deuxième partie vise le degré de probabilité de l'arrivée de cet événement² :

Les deux paragraphes de ce chapitre seront donc les suivants :

1. Ostertag, *Das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag*, 2^e édit., Zurich-Leipzig, 1928, édit. revue et complétée par Hiestand, p. 22.

2. Colin et Capitant, *Droit civ. franç.*, 7^e édit., t. II, p. 740.

§ 1. Le risque envisagé en tant qu'éventualité d'un accident.

§ 2. Le risque envisagé en tant que degré de probabilité de l'arrivée de l'accident.

§ 1

Le risque envisagé en tant qu'éventualité d'un accident.

Le risque entendu en tant qu'éventualité de l'événement redouté¹, événement qui fera naître l'obligation de prestation de l'assureur, s'appelle dans l'assurance individuelle, *accident*. Pris dans ce premier sens, on peut dire que le risque dans l'assurance individuelle consiste dans *l'éventualité d'un accident*.

Quand nous disons éventualité, c'est au caractère *incertain* et *fortuit* de l'arrivée de l'événement que nous pensons, car si l'événement redouté n'était pas incertain, on ne pourrait plus parler d'éventualité ; de même en ce qui concerne le caractère fortuit du risque : l'éventualité est fortuite quand elle dépend du hasard ou du fait d'autrui. Elle est potestative, quand sa réalisation dépend de l'assuré, mais le risque, alors n'est plus assurable. Nous verrons, en effet, en examinant les obligations de l'assureur, que l'accident faisant l'objet du risque assuré doit être involontaire de la part de l'assuré².

Toutefois, à la différence de l'assurance maritime (art. 352, C. com.), l'assurance terrestre, par conséquent aussi l'assurance individuelle, ne couvre pas seu-

1. Dans ce sens, on définit aussi le risque comme le fait même contre lequel l'assuré veut se prémunir. C'est à dessein que nous n'employons pas cette définition du premier sens du mot risque, car cela pourrait faire croire à un caractère indemnitaire de l'assurance individuelle.

2. Voir, Titre IV, chap. I, § 2.

lement les risques résultant d'un cas fortuit, elle s'étend aussi, en principe, à ceux qui proviennent de la négligence ou de l'imprudence de l'assuré ou même de nos jours, depuis la loi du 13 juillet 1930 (art. 12), de sa faute lourde. L'adage *culpa lata dolo aequiparatur* n'a donc plus sa valeur. Cette question sera examinée ultérieurement.

Enfin, par l'éventualité d'un accident, on entend que le risque doit s'appliquer à un événement *futur* : l'éventualité doit se réaliser postérieurement à la conclusion du contrat. Nous savons que l'éventualité peut consister en un fait déjà accompli tant que son avènement reste inconnu des parties (risque putatif)¹, mais une assurance individuelle à effet rétroactif, souscrite par une personne sur la tête d'un tiers², (ce que les Allemands appellent *Rückwärtsversicherung*), si elle est possible ne se rencontre guère en pratique.

§ 2

Le risque envisagé en tant que degré de probabilité de l'arrivée de l'accident

Dans ce second sens, celui de *degré de probabilité de l'arrivée de l'événement et son importance*, le risque constitue un élément de la technique de l'assurance. C'est ainsi qu'on parle, en ce qui concerne l'assurance individuelle, de risques professionnels (maçon, boulangers, avocat, instituteur), de risques sportifs (vélocipède, automobile, ski), de risques de la vie courante (écrasement d'un piéton par une automobile, chute d'une

1. Hémar, *op. cit.*, t. I, p. 76.

2. Par exemple, par un père sur la tête de son fils qui se trouve en voyage.

pierre d'une maison en mauvais état d'entretien sur la tête d'un passant), de risques de guerre, etc.

Tous ces risques peuvent constituer un élément de la garantie de l'assurance individuelle, et le choix des risques est d'une importance considérable pour l'assureur¹.

Ainsi, le degré de probabilité d'accident est certainement plus élevé chez une personne qui a déjà eu une assurance *individuelle résiliée pour sinistres* à une autre autre compagnie, que dans le cas d'une autre personne qui quitte son ancienne compagnie, à l'expiration de la durée décennale, sans avoir eu de sinistres.

De même, un proposant dont la proposition a été rejetée, par une compagnie précédente, parce que l'enquête sur son compte a établi qu'il se livre à des excès de boisson ou mène une vie déréglée, trouvera difficilement une autre compagnie pour lui accorder sa garantie. Le risque est mauvais.

En ce qui concerne l'assurance individuelle générale, qui fait l'objet de notre étude, elle couvre généralement tous les risques qui résulte de l'exercice de la profession de l'assuré, un certain nombre de risques sportifs courants sans surprime (vélo, jeu de boules, tennis, etc.), et les risques de la vie courante.

Tous les risques spéciaux qui n'entrent pas nécessairement dans l'exercice de la profession assurée, de même que les risques sportifs plus dangereux que ceux jugés courants, les risques de guerre, ou encore les risques ordinaires mais concernant un assuré atteint d'une infirmité ou d'une maladie, entraînent obligatoirement le paiement d'une surprime. En examinant dans le

1. Roux, *op. cit.*, p. 26.

chapitre suivant le domaine de l'assurance individuelle, nous verrons dans quelle mesure celle-ci étend sa garantie à tous ces risques plus dangereux que les risques courants.

Enfin, c'est d'après son degré de probabilité que chaque risque est tarifé.

La tarification d'une police individuelle se fait d'après les risques professionnels, sportifs, et, s'il y a lieu, spéciaux, auxquels est exposé, le proposant. Les systèmes de tarification varient d'une compagnie à l'autre. cependant tous ces systèmes reposent sur une sélection et classification des risques. Le système de classes, autrefois en faveur et qui trouve son application encore aujourd'hui en Allemagne¹, a été abandonné, par la plupart de nos compagnies.

D'une manière générale, on distingue deux grandes catégories de professions :

1° Les professions *non manuelles*. A l'intérieur de cette catégorie seulement, on a encore conservé le système de classes, étant donné le peu de variabilité du degré de possibilité d'accident d'une profession à l'autre.

2° Les professions *manuelles*. Ici, chaque profession est tarifée à part. Le système de classes n'existe plus dans la plupart des compagnies. Il serait d'ailleurs assez difficile de donner une classification absolue de ces professions. On peut toutefois faire remarquer que les incapacités temporaires ne sont pas toujours, comme coefficient de risque, en corrélation étroite avec les incapacités permanentes et les risques de mort. Il y a des professions qui sont plus dangereuses au point de vue des accidents *graves* (mort, infirmité), et moins dangereuses, quant

1. Manes, *Versicherungsllexikon*, p. 1602.

aux *petits sinistres* n'entraînant qu'une incapacité temporaire, et *vice versa*.

D'où il résulte que pour apprécier le risque, il ne « faut pas tenir compte seulement des accidents graves, mais aussi de la plus ou moins grande fréquence des incapacités temporaires.

« C'est ainsi que le métier d'asphalteur qui ne présente pas un gros risque pour le cas de mort, voit son coefficient augmenter pour les incapacités permanentes, et s'accroître encore pour les incapacités temporaires. De même pour la profession de tailleur.

« D'autres professions, en revanche, paraissent plus dangereuses au point de vue des accidents graves et moins peut-être au point de vue des incapacités temporaires, tel le métier de couvreur »¹.

Les statistiques soigneusement dressées par les compagnies peuvent seules permettre de se faire une idée du degré de probabilité d'accident pour chaque profession.

1. Roux, *op. cit.*, p. 28.

CHAPITRE III

LE DOMAINE DE L'ASSURANCE INDIVIDUELLE

Ce chapitre comportera deux sections :

Section I. — Le domaine de l'assurance individuelle à ses différents points de vue.

Section II. — L'assurance individuelle et la loi de 1898.

SECTION I

LE DOMAINE DE L'ASSURANCE INDIVIDUELLE A SES DIFFÉRENTS POINTS DE VUE

Dans cette section, nous étudierons le domaine de de l'assurance individuelle au point de vue de la nature des risques assurés (§ 1), au point de vue des personnes auxquelles s'étend l'assurance individuelle (§ 2) et au point de vue de la situation territoriale des risques (§ 3).

§ 1

Le domaine

au point de vue de la nature des risques assurés

L'assurance individuelle s'étend normalement aux risques professionnels ordinaires auxquels est exposé

l'assuré. Si l'assuré encourt dans l'exercice de sa profession des risques spéciaux jugés plus dangereux que les risques ordinaires de cette profession, ces risques pourront être couverts par une clause expresse des conditions particulières et moyennant le paiement d'une surprime.

Les risques de la vie courante sont toujours couverts par une police individuelle générale.

Parmi les risques sportifs, sont couverts automatiquement ceux estimés courants (bicyclette, conduite de voiture attelée, jeu de boules, etc.); les risques sportifs jugés plus dangereux que ces derniers entraînent le paiement d'une surprime et doivent être expressément mentionnés au contrat (automobile, motocyclette, jeux athlétiques tels que foot-ball, rugby, ascensions en haute montagne, ski et autres sports d'hiver). La garantie des risques sportifs courants s'est beaucoup étendue dans ces dernières années. Ainsi, il y a des compagnies qui accordent maintenant sans surprime, la garantie des risques tels que automobile (mais non la motocyclette), foot-ball, rugby, chasse, équitation et autres¹. Les risques d'aviation ne peuvent être couverts que par une police spéciale.

La garantie des risques ordinaires mais concernant des personnes déjà atteintes d'une infirmité ou d'une maladie peut être accordée, après spécification de cette infirmité ou de cette maladie dans les conditions particulières et paiement d'une surprime, mais sans qu'il soit tenu compte, en cas d'accident, de l'aggravation que celles-ci pourraient entraîner ?

Les risques de guerre proprement dits sont toujours

1. Police individuelle du *Patrimoine*, mod. 1933, art. 2.

exclus. L'art. 34 de la loi du 13 juillet 1930, quoique placé dans la partie relative à l'assurance de dommages, trouve ici son application. Les risques provenant d'engins de guerre trouvés sur les anciens champs de bataille, les risques de guerre civile, d'émeute ou de troubles, — pour ces trois derniers, toutefois, à condition que l'assuré n'y prenne pas une part active, — peuvent être couverts par clause spéciale et le paiement d'une surprime. Toutes les polices françaises accordent la garantie pour les accidents survenant pendant l'accomplissement d'une période de service militaire en temps de paix ne dépassant pas un mois.

Peuvent être couverts dans les mêmes conditions les risques généralement exclus à cause de la trop grande difficulté de la détermination de leur origine traumatique ; par exemple : hernies, lumbagos, ruptures musculaires, efforts. Même pour ces derniers beaucoup de compagnies ont étendu leur garantie sans surprime.

§ 2

Le domaine

au point de vue des personnes assurables

Nous avons déjà vu que l'assurance individuelle peut être contractée par toute personne et au profit de toute personne, sauf si la nature spéciale du risque n'exige une assurance particulière (par exemple, aviation).

Ainsi un patron peut s'assurer lui-même ; il peut passer une assurance individuelle pour chacun des membres de sa famille ; il peut enfin souscrire des assurances individuelles au profit de ses ouvriers ou employés (sous réserve d'étudier les rapports de l'assurance individuelle

avec la loi de 1898). Et il en est ainsi pour toutes les professions.

Toutefois, pour s'assurer, il faut être sain de corps et d'esprit. Les personnes malades ou infirmes sont exclues de l'assurance individuelle, à moins d'exclure par une clause particulière les aggravations d'accidents pouvant résulter de cet état morbide. Si l'assuré a ignoré la maladie ou l'infirmité dont il était atteint, en cas de contestation, c'est au tribunal d'apprécier l'importance de celle-ci afin de savoir s'il était assurable¹.

Dans un arrêt en date du 2 décembre 1914², la Cour de Caen a très justement estimé qu'on doit considérer comme une infirmité exclue par la police « un état psychologique ou anatomique anormal qui diminue chez la personne, qui en est affectée, sa force et son adresse et l'expose ainsi à subir des accidents plus fréquents et plus dommageables que ceux dont sont menacés les individus constitués normalement ». La Cour a, en conséquence, confirmé le jugement qui a débouté de sa demande d'indemnité un assuré porteur d'une déviation marquée de la colonne vertébrale.

Au contraire, si le tribunal estime que, malgré la maladie ou l'infirmité dont l'assuré est atteint, il est assurable ; que l'omission de la maladie ou de l'infirmité dans la police a été faite de bonne foi, la somme assurée sera calculée sur la base des conséquences que l'accident aurait entraîné chez une personne saine et peut, d'autre part, subir la réduction proportionnelle prévue par l'art. 22 de la loi du 13 juillet 1930.

Les personnes âgées de moins de 15 ans (parfois 18 ans)

1. Agnel, de Corny et Dujon, *op. cit.*, p. 400.

2. Caen, 2 déc. 1914, *Rec. Pér. Ass.*, p. 126.

ou de plus de 60 ans sont exclues de l'assurance. Néanmoins, la plupart des compagnies admettent que les contrats en cours, au moment où l'assuré atteint l'âge de 60 ans, pourront être continués d'année en année jusqu'à ce que l'assuré ait accompli sa soixante-cinquième année.

§ 3

Le domaine au point de vue de la situation territoriale des risques

L'assurance individuelle, telle qu'elle est pratiquée par nos compagnies, n'a d'effet qu'en Europe (beaucoup de compagnies ajoutent : « jusqu'au 66^e degré de latitude nord »), en Algérie, en Tunisie, dans la zone pacifiée du Maroc, en Egypte jusqu'à la deuxième cataracte, ainsi que dans tous les ports et îles de la Méditerranée (parfois aussi de la Mer Noire).

Les traversées maritimes effectuées à bord des vapeurs faisant un service régulier de passagers sont autorisées entre les différents ports de l'Europe et du Maroc, et dans tout le bassin de la Méditerranée.

L'effet de l'assurance individuelle est suspendu pendant tous autres voyages maritimes, lesquels, pour être garantis, doivent faire l'objet d'un avenant conforme ou d'une police spéciale.

L'allocation quotidienne prévue pour le cas d'incapacité temporaire n'est ordinairement pas due lorsque l'accident se produit au cours d'une traversée maritime ou lorsqu'il survient en dehors des territoires français, tunisien, marocain et des territoires limitrophes de la France continentale

SECTION II

L'ASSURANCE INDIVIDUELLE ET LA LOI

DU 9 AVRIL 1898

Une personne, bénéficiaire de la loi de 1898, peut être assurée, contre les accidents dont elle est susceptible d'être victime aussi bien dans son travail professionnel qu'en dehors de ce travail : 1^o par une police individuelle souscrite par elle-même ; 2^o par une police individuelle souscrite à son profit par son patron ; 3^o par une police cumulative (assurés nominativement indiqués) ; 4^o par une police collective jouant aussi bien en cas d'accident de travail qu'en cas d'accident de droit commun, ou dans l'un de ces deux cas seulement, étant entendu que lorsqu'il s'agit d'un accident du travail, les indemnités dues du chef de la police constituent un complément de celles dues en vertu de la loi de 1898. La validité de ces polices n'a jamais été mise en doute jusqu'à ce qu'un arrêt en date du 12 novembre 1929 de la Chambre civile de la Cour de cassation ne vint bouleverser les solutions jusque-là admises par la jurisprudence et la doctrine.

Cette remarque préalable faite, nous étudierons dans les trois paragraphes de cette section :

§ 1. La prohibition de l'art. 2 de la loi de 1898 ;

§ 2. La validité des contrats d'assurance couvrant les bénéficiaires de la loi de 1898 contre les accidents qui pourraient leur survenir dans leur travail professionnel et en dehors de ce travail ;

§ 3. L'arrêt du 12 novembre 1929 et la critique de cet arrêt.

§ 1.

*La prohibition de l'art. 2 de la loi du**9 avril 1898*

L'art. 2 de la loi du 9 avril 1898 (article modifié par la loi du 22 mars 1902) est ainsi conçu : « Les ouvriers et employés désignés à l'article précédent ne peuvent se prévaloir, à raison des accidents dont ils sont victimes dans leur travail, d'aucunes dispositions autres que celles de la présente loi ».

D'autre part, le premier alinéa de l'art. 30 de la même loi (article modifié par la loi du 13 mars 1905) ajoute : « Toute convention contraire à la présente loi est nulle de plein droit. Cette nullité,peut être poursuivie par tout intéressé ... »

Il résulte de ce qui précède que les ouvriers victimes d'un accident du travail, ou leurs représentants, auxquels la loi du 9 avril 1898 (art. 3, §§ *a, b, et c*) attribue une indemnité qu'elle met à la charge du chef de l'entreprise assujettie, ne peuvent se prévaloir contre celui-ci, à raison des dits accidents, d'aucunes dispositions autres que celles de la dite loi : cette prohibition est d'ordre public. Les ouvriers ou leurs représentants ne conservent le droit de réclamer la réparation du préjudice causé, conformément au droit commun, que contre les auteurs de l'accident autres que le patron, ses ouvriers et préposés ; ils ne sauraient donc invoquer contre le chef de l'entreprise, les dispositions des art. 1382 et suivants du Code civil, ni se prévaloir de conventions privées contraires aux dispositions de la loi du 9 avril 1898.

Quelle est la raison de cette prohibition ?

Elle est la même que celle qui n'alloue aux ouvriers,

victimes d'un accident du travail, ou à leurs ayants droit que des indemnités forfaitaires. Le législateur n'a pas voulu qu'on pût imposer aux employeurs par des conventions privées des charges plus lourdes que celles prévues par la loi. C'est la seule raison pour laquelle il ait interdit aux ouvriers ou à leurs ayant droit de recourir contre le patron du chef des accidents dont les ouvriers pourraient être victimes. Les dispositions, en effet, dont l'art. 2 interdit aux ouvriers de se révaloir sont uniquement celles qui leur ouvrent un recours *contre le patron*. Ce ne sont point celles qui leur ouvrent une action contre des tiers.

La prohibition de l'art. 2 de la loi de 1898 ainsi précisée, nous examinerons dans le paragraphe suivant la validité des polices d'assurances couvrant les bénéficiaires de cette loi contre les accidents qui pourraient leur survenir au cours de leur travail professionnel et en dehors de ce travail.

§ 2

*La validité des contrats d'assurance couvrant les bénéficiaires de la loi de 1898 contre les accidents qui pourraient leur survenir dans leur travail professionnel et en dehors de ce travail*¹.

Il y a lieu de distinguer deux situations : 1^o La victime s'était assurée personnellement contre les accidents de sa profession et ceux de sa vie privée. 2^o La victime était assurée par son patron contre les accidents du travail et ceux de la vie privée.

1. Sainctelette, *De la validité des contrats d'assurance souscrits par les patrons assujettis pour procurer à leur personnel des indemnités indépendantes de celles de la loi*, *Rec. Pér. Ass.*, 1930, p. 333.

I. — La victime s'était assurée personnellement par une police individuelle contre les accidents de son travail et de sa vie privée¹. Une telle police serait-elle valable.

Tout d'abord, il est certain que le chef d'entreprise ne peut pas se prévaloir de ce contrat pour repousser l'action du blessé. Bien que l'indemnité promise par la compagnie répare, en tout ou en partie, le dommage causé par l'accident, le chef d'entreprise reste tenu des obligations que la loi de 1898 met à sa charge, car cette loi lui interdit en même temps de s'alléger d'une part quelconque de ces obligations et d'en faire supporter le poids à l'ouvrier (art. 30, al.5).

Mais en est-il de même de la compagnie d'assurance ? Celle-ci aurait-elle le droit d'opposer à la demande de l'assuré une exception fondée sur les sommes qu'il a reçu du chef de son patron ? Non. Nous savons déjà, en effet, que l'assurance individuelle n'est pas un contrat d'indemnité. Dans cette assurance, les parties fixent souverainement le montant des sommes que l'assureur s'engage à payer, en cas de réalisation du risque. L'assureur est donc obligé de verser la somme convenue, et il ne peut se soustraire à l'engagement qu'il a pris.

Du reste, nous avons vu que la jurisprudence décide que la victime d'un accident causé par la faute d'un tiers peut cumuler le bénéfice de la somme assurée par sa police individuelle avec l'action en dommages-intérêts contre l'auteur responsable de l'accident.

Ici donc, il n'y a pas de doute, une telle assurance serait pleinement valable et produirait tous ses effets.

1. Capitant et Cuhe, *Précis de législation industrielle*, 1930, p. 437, 438.

II. — Mais que se passerait-il, si la police individuelle au lieu d'être souscrite par l'ouvrier l'était par le patron ou si l'ouvrier se trouvait assuré par une police cumulative, ou, en faisant un pas de plus, si l'ouvrier se trouvait englobé dans une police collective jouant, comme les deux précédentes aussi bien en cas d'accident du travail (l'indemnité n'ayant en ce cas qu'un caractère de complément) que d'accident de droit commun ou dans l'un de ces deux cas seulement ? De telles assurances seraient-elles valables ?

En ce qui concerne les polices individuelles ou collectives, qui prévoient des indemnités au cas où l'accident n'est pas un accident du travail, il ne saurait être question d'objecter à l'encontre de leur validité la prohibition de l'art. 2 de la loi de 1898. Etant donné qu'il ne s'agit pas d'un accident du travail l'ensemble des dispositions de la loi de 1898, y compris l'art. 2, sont sans application. Un argument de texte s'ajoute à cette solution de bon sens : d'après l'art. 2, les ouvriers et employés à qui il est interdit de se prévaloir « d'aucunes autres dispositions », sont ceux désignés par l'art. 1^{er}, c'est-à-dire ceux qui sont victimes d'un accident du travail et qui de ce fait ont droit aux indemnités de la loi. En conséquence, en vertu de ce texte même, ceux qui ne sont pas victimes d'un accident du travail et qui n'ont pas droit aux indemnités de la loi ne sont pas atteints par cette prohibition et peuvent se prévaloir de toutes dispositions autres que celles de la loi.

La validité des polices de cette première catégorie ne saurait donc être mise en discussion.

Quant à celles qui stipulent des sommes venant s'ajouter aux indemnités de la loi, de même que les

polices qui garantissent à la fois les accidents survenant en dehors de tout travail salarié ainsi que les accidents du travail, leur validité ne saurait être contestée en l'absence d'un texte les prohibant. Or, y a-t-il un texte qui interdise aux compagnies d'assurances de prendre des engagements au profit d'une certaine catégorie de personnes : les ouvriers bénéficiaires de la loi de 1898 ? En existe-t-il un qui prive ces derniers du droit de poursuivre contre l'assureur l'exécution des engagements pris à leur profit ? Aucun, car ce n'est pas davantage dans l'art. 2 qu'on peut découvrir l'interdiction de ces polices.

Les dispositions, en effet, dont il est interdit aux ouvriers de se prévaloir sont uniquement celles qui leur ouvrent un recours *contre le patron*. Ce ne sont point celles qui leur ouvrent une action contre des tiers. Les polices d'assurances en question ne sont donc point visées par la prohibition de l'art. 2 puisqu'elles ont pour effet d'ouvrir aux victimes bénéficiaires une action contre l'assureur et non contre le patron.

Etant donné ces raisons, compagnies et patrons ont largement recouru à ces polices, et par une circulaire du 1^{er} décembre 1921¹, le ministre du travail n'a pas

1. Voici le texte de cette circulaire ministérielle :

Pour donner satisfaction à des patrons qui désirent procurer à certains de leurs employés des avantages supérieurs à ceux de la législation spéciale aux accidents du travail, divers organismes d'assurances ont établi des contrats d'assurances collectives (loi du 9 avril 1898) dans lesquels les employés susvisés étaient exclus, et ont couvert ces derniers par une police d'assurance individuelle pouvant jouer en cas d'accident, soit de travail, soit de droit commun.

Cette police individuelle n'est pas inscrite au registre des contrats-loi du 9 avril 1898 ; les opérations auxquelles elle donne lieu ne sont pas établies conformément aux prescriptions de l'art. 11 du décret du 28 février 1899. La délivrance de pareils contrats ne saurait donc être tolérée.

Il n'est pas interdit, toutefois, à un chef d'entreprise de s'assurer pour allouer à ses ouvriers ou employés des indemnités complémentaires de

hésité à en proclamer la validité, en exigeant toutefois l'insertion dans les dites polices d'une clause précisant d'une part, que les sommes assurées constitueraient un complément aux indemnités légales et, d'autre part, que ces sommes contractuellement fixées ne sauraient être versées qu'aux victimes elles-mêmes ou à leurs ayants droit, mais en aucun cas au patron.

La police individuelle, dont parle le ministre «pouvant jouer en cas d'accident, soit de travail, soit de droit commun » et pour laquelle il demande, par cette circulaire, de cesser la délivrance, c'était la police qui garantissait à la fois contre les accidents de travail et ceux de droit commun, et les indemnités versées pour les accidents du travail étaient celles de la loi de 1898 et point un complément de celles-ci. De semblables polices étaient contraires au décret du 28 février 1899 que cite le ministre.

D'où il résulte que des polices, individuelles ou collectives, garantissant aussi bien les accidents de travail

celles de la loi du 9 avril 1898 ; mais cette assurance ne peut être que le complément d'une « police-Loi ».

Je vous prie, en conséquence, de ne plus délivrer, à l'avenir, de semblables polices, à moins qu'elles ne contiennent la clause ci-après, insérée aux conditions particulières : « Lorsqu'il y a lieu au paiement d'indemnités prévues au présent contrat, à la suite d'un accident professionnel, dans les termes de la loi du 9 avril 1898 et des lois postérieures qui l'ont modifiée ou complétée, les dites indemnités constitueront un complément à celles dues en vertu de ladite loi : elles ne pourront alors être versées qu'à l'accidenté lui-même ou à des ayants-droit, mais en aucun cas au chef d'entreprise responsable ».

Les polices individuelles délivrées dans ces conditions ne devront sous aucun prétexte, assurer une partie du risque loi de 1898, même suivant des prestations autres que celles fixées par la loi.

En ce qui concerne les polices individuelles actuellement en cours, je ne fais pas d'objection à ce que vous ne poursuiviez pas leur résiliation immédiate, à raison des inconvénients que présenterait pareille mesure ; mais vous voudrez bien faire votre possible pour que ces polices ne se continuent pas en vertu d'une clause de tacite reconduction.

Je vous prie de m'accuser réception de la présente circulaire.

Le Ministre du Travail.

que ceux de droit commun, sont parfaitement valables, à condition que les sommes dues en cas d'accidents du travail ne constituent qu'un complément aux indemnités dues en vertu de la loi de 1898.

Que de telles polices soient valables, il semblerait d'ailleurs que cela ne dût présenter de difficultés pour personne.

Qu'il s'agisse, en effet, de polices ayant pour objet le versement des sommes stipulées si la loi n'est pas applicable, ou qu'il s'agisse des polices garantissant des sommes complémentaires aux indemnités de la loi de 1898, ou, enfin, des polices garantissant à la fois les unes et les autres, le débiteur des sommes convenues est l'assureur. Le créancier, c'est le bénéficiaire au profit de qui ces sommes ont été stipulées, c'est-à-dire l'ouvrier (ou ses représentants). Cela résulte des règles bien connues de la stipulation pour autrui qui a pour effet de créer au profit du tiers bénéficiaire, en l'espèce l'ouvrier, un droit direct et personnel contre le promettant (l'assureur) et de le munir d'une action propre et directe pour faire valoir ce droit. Aucune action en paiement des sommes assurées n'existe pour l'ouvrier bénéficiaire contre le patron, puisque ces sommes ont été promises par l'assureur et non pas par le patron. D'où il suit, que, si l'accident se produit, le contrat d'assurance ouvre à la victime bénéficiaire un recours contre l'assureur ; il ne lui en procure aucun contre le patron. La situation de l'ouvrier bénéficiaire est la même que s'il avait personnellement contracté une assurance individuelle à son profit.

La thèse exposée ci-dessus paraissait être bien établi, étant fondée sur la théorie de la stipulation pour autrui,

par conséquent, conforme à la doctrine régnante, et le peu d'arrêts qui existent sur la question laissaient espérer une jurisprudence dans le même sens ¹, lorsqu'un arrêt de la Chambre civile de la Cour de cassation du 12 novembre 1929 a complètement bouleversé cette thèse généralement admise ².

§ 3

L'arrêt du 12 novembre 1929 et la critique de cet arrêt.

Les faits, à la suite desquels a été rendu l'arrêt du 12 novembre 1929, sont les suivants :

Un entrepreneur de battage avait souscrit une police qui non seulement le garantissait contre le paiement des indemnités légales, mais stipulait, en outre, pour le cas où la loi de 1898 ne serait pas applicable, le paiement de certaines sommes. A la suite d'un accident qui avait entraîné la mort d'un ouvrier, les ascendants de ce dernier, qui n'avaient pu obtenir les indemnités de la loi pour le motif qu'ils n'étaient pas à la charge de la victime, réclamèrent les indemnités contractuelles. Les deux juridictions qui avaient à se prononcer avant la Cour suprême, estimèrent que ces sommes fixées par la police, indépendantes des indemnités de la loi avaient été promises non seulement pour le cas où la loi de 1898 serait inapplicables, mais pour tous les cas où, par suite d'une raison quelconque, la victime ou ses représentants ne recueilleraient pas les indemnités légales. La Cour d'appel, ayant ainsi reconnu en fait que la police contenait la promesse de payer les sommes assurées, au

1. Paris, 21 jan. 1926, *Rev. Pér. Ass.* 1927, p. 128.

2. Hémard, *op. cit.*, t. II, p. 463.

cas d'accident régi par la loi, proclama de la façon la plus nette, la validité de cette convention « qui ne comportait aucune dérogation aux lois d'ordre public en la matière » et condamna la compagnie assureur au paiement des sommes stipulées.

La compagnie condamnée se pourvut en cassation et soutint devant la Cour suprême, que les conventions qui règlent les rapports de l'ouvrier accidenté ou de ses représentants avec le patron sont nulles et que, pour cette raison, la police litigieuse était frappée de nullité. Ces motifs ont été admis par la Cour de cassation dans les termes suivants : « Mais attendu que l'arrêt attaqué adoptant les motifs du jugement qu'il confirme, constate que l'accident qui a entraîné la mort d'A. G., est un accident du travail, régi par la loi du 9 avril 1898 ; que par voie de conséquence, les époux G., ne pouvaient au regard du chef d'entreprise et de son assureur, se prévaloir, pour obtenir la réparation du préjudice causé, d'aucune autre disposition que celle de l'art. 3, § c de cette loi ; qu'il y a là une prohibition d'ordre public et absolue, qui découle du caractère forfaitaire de la loi et à laquelle il ne peut être dérogé par la clause d'une police d'assurance ouvrant un autre recours contre le patron à la victime de l'accident ou à ses représentants ; D'où il suit qu'en statuant comme il l'a fait l'arrêt attaqué a violé les textes de loi ci-dessus visés. Par ces motifs, casse.. »

Remarquons tout d'abord, que la police souscrite par cet entrepreneur de battage était justement une de celles que condamnait la circulaire du Ministre du Travail de 1921¹, puisqu'elle garantissait à la fois des

1. Il n'y a là d'ailleurs rien détonnant puisque l'accident mortel de

indemnités légales en cas d'accident du travail et des indemnités contractuelles pour tous les cas où, par suite d'une raison quelconque, la victime ou ses représentants ne recueilleraient pas les indemnités dues en vertu de la loi. Mais il n'y avait là qu'un vice de forme.

Cette remarque faite, il faut constater que les motifs de l'arrêt du 12 novembre 1929 touchent également les polices régulièrement établies à la suite de la circulaire précitée, c'est-à-dire les polices qui ne garantissent rien que des sommes contractuellement fixées, sommes qui constituent en cas d'accident du travail, un *complément* aux indemnités dues en vertu de la loi et des simples *sommes assurées* (« indemnités contractuelles »), pour tous les autres cas où, par suite d'une raison quelconque les indemnités légales ne seraient pas dues.

Eh bien ! toutes ces polices individuelles ou collectives qui auraient pour effet d'ouvrir « un autre recours contre le patron à la victime de l'accident ou à ses représentants » que celui de la loi de 1898, seraient nulles d'après la Cour de cassation.

M. Rouast trouve cette solution comme s'imposant et, par conséquent, très juste, en l'état actuel de la législation¹. Il ne voit donc d'autre remède à des cas parfois fort inéquitables que l'intervention du législateur. Le raisonnement de M. Rouast est le suivant : « Le patron peut faire les libéralités qu'il veut aux victimes d'accidents, mais il ne saurait s'y engager par

G..., eut lieu le 20 juillet 1921, alors que la circulaire était du 1^{er} décembre 1921, donc postérieure audit accident. Par la suite, toute, ces polices ont été remplacées par des polices conformes à ladite circulaire.

1. Note de M. Rouast sous l'arrêt de la C. de cass. du 12 nov. 1929 dans *Rev. Gén. Ass. Terr.* 1930, p. 393.

contrat ». D'où, l'éminent professeur conclut que le patron ne saurait souscrire en faveur de ses ouvriers un contrat d'assurance leur garantissant le paiement des sommes autres que les indemnités de la loi de 1898.

Nous pensons, au contraire, avec M. G.-L. Sainctelette¹ que les raisons fournies par la Cour de cassation contiennent une erreur. Le contrat d'assurance, souscrit au profit de l'ouvrier, n'a pas, en effet, pour objet de régler les rapports de l'ouvrier et du patron. Nous avons vu déjà que, par application des règles de la stipulation pour autrui ce contrat donne à l'ouvrier un droit direct et personnel contre l'assureur et contre l'assureur seul.

Il était donc inexact de dire, comme l'a fait la Cour suprême, qu'il y a là une prohibition d'ordre public et absolue, qui découle du caractère forfaitaire de la loi et à laquelle il ne peut être dérogé par la clause d'une police d'assurance ouvrant un autre recours contre le patron à la victime de l'accident ou à ses représentants ».

Mais même en prenant ces motifs tels qu'ils sont, les dispositions que la Cour estime frappées de nullités, ce sont celles qui ouvrent à la victime un recours *contre le patron*. D'où il résulte que, d'après la Cour elle-même, la prohibition ne frappe pas les conventions qui ouvrent à la victime un recours contre un tiers, car si elle avait pensé le contraire, elle n'aurait pas manqué de le dire, mais, ce faisant, elle aurait dénié aux victimes le droit d'agir sur le fondement de l'art. 1382, ce qui eût été une violation directe de la loi, et de plus, les ouvriers protégés par la loi auraient été privés du droit de souscrire une police individuelle ou de recueillir une assu-

1. Sainctelette, *op. cit.*, dans *Rec. Pér. Ass.* 1930, p. 333.

rance sur la vie. Raisonnablement, elle ne pouvait aller aussi loin.

Ainsi, d'après l'arrêt, les seules conventions frappées de nullité sont celles qui exposent le patron à un recours de l'ouvrier.

Avec ce principe, la Cour devait logiquement arriver à reconnaître la validité d'un contrat d'assurance qui ouvrait aux bénéficiaires un recours contre l'assureur et ne donnait aucun contre le patron. Au lieu de cela par une erreur surprenante, la Cour a déclaré la nullité de la police en question comme « ouvrant un recours contre le patron ».

L'arrêt du 12 novembre n'a ainsi qu'une portée « limitée et l'on aurait tort d'y découvrir l'interdiction générale des contrats par lesquels un assureur s'engage à payer aux victimes des indemnités indépendantes de celles de la loi. En tant qu'il proclame la nullité des conventions qui ouvrent un recours contre le patron, l'arrêt a la valeur d'une décision de principe. Mais dans l'application qu'il fait de ce principe, il n'offre qu'un intérêt d'espèce »¹.

Telle est, à notre avis, la critique que mérite cet arrêt.

D'autre part nous ne sommes pas non plus de l'avis de M. Rouast.

Il est évident que le patron peut faire des libéralités directes à la victime d'un accident. Nous ne contestons pas non plus qu'il lui est impossible de s'y engager par contrat. Mais du moment que le patron peut faire des libéralités, on doit admettre qu'il peut les effectuer au moyen d'un contrat d'assurance, car ce contrat a le caractère d'un acte gratuit et ne comporte de la part

1. Sainctelette, *op. cit.*, *Rev. Pér. Ass.* 1930, p. 340.

du patron aucun engagement au regard de l'ouvrier et ne l'expose à aucun recours.

La jurisprudence et la doctrine admettent en effet, que lorsqu'une personne souscrit une police au profit d'un tiers bénéficiaire, à l'égard duquel elle n'est tenue d'aucune dette, elle réalise par là un acte gracieux, une libéralité, en sa faveur¹.

En souscrivant une police individuelle au profit de son ouvrier (ou une police collective au profit de ses ouvriers), le patron n'ouvre aucun droit à l'ouvrier de recourir contre lui-même, puisque celui qui s'est engagé à l'égard de l'ouvrier, c'est l'assureur ; c'est lui qui paiera les sommes assurées.

La libéralité faite par le patron consiste d'ailleurs dans les primes payées seulement, car ce sont elles qui mesurent son appauvrissement. Ce sont les primes qu'il a payées qui représentent sa donation².

Par conséquent, à aucun point de vue, le patron ne s'oblige, par le contrat d'assurance, à payer les sommes assurées.

D'autre part, le patron n'est pas davantage obligé à l'égard de ses ouvriers de payer les primes d'assurance. Ni à la formation, ni au cours du contrat, les ouvriers n'ont une action quelconque contre lui pour l'y contraindre. L'objection que le patron est tenu vis-à-vis de l'assureur du paiement des primes n'est pas valable puisqu'il peut souscrire des polices résiliables annuellement. Cet argument est aussi sans valeur juridique, car les conventions qu'interdit la loi de 1898 sont celles par lesquelles le patron s'engage à l'égard de l'ouvrier et non

1. Colin et Capitant, *Droit civ. fr.* 7^e éd. t. II, p. 759. — Dupuich, *L'assurance-vie*, Paris, 1922, p. 102 — 111 et la jurisprudence citée.

2. Dupuich, *op. cit.*, p. 586-591.

celles qui règlent les rapports du patron avec un tiers.

Si donc les primes ont été versées dans ces conditions par un patron libéral, quel serait le texte qui interdirait au tiers bénéficiaire, victime ou ses représentants, de toucher le montant de la créance qu'il possède contre l'assureur ? Il n'y en a pas.

Nous sommes convaincus qu'un nouvel et approfondi examen de la question amènera à la prochaine occasion, la Cour de cassation à reconnaître la parfaite validité de ces polices, et qu'un recours au législateur, dont la mise en branle est toujours à longue échéance, n'est point nécessaire à ce sujet.

Titre III

Les obligations de l'assuré

L'art. 15 de la loi du 13 juillet 1930 énumère les obligations de l'assuré ; ce sont là des obligations légales qui s'imposent à tous les assurés (sauf les exceptions limitativement prévues par ce même article), car cet article est, en effet, d'ordre public, d'après l'art. 2 de la même loi. A ces obligations légales s'ajoutent presque toujours des obligations conventionnelles insérées dans les polices et résultant de la nature même de chaque assurance. Dans l'assurance individuelle, comme c'est d'ailleurs le cas pour toute autre assurance, les obligations de l'assuré peuvent être examinées en se plaçant à trois moments successifs du fonctionnement de celle-ci.

Ce titre sera donc divisé en trois chapitres :

Chapitre I. — Les obligations de l'assuré lors de la conclusion du contrat.

Chapitre II. — Les obligations de l'assuré concernant les modifications pouvant survenir au cours du contrat.

Chapitre III. — Les obligations de l'assuré au moment du sinistre.

CHAPITRE I

LES OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ LORS DE LA CONCLUSION DU CONTRAT

Les obligations de l'assuré lors de la conclusion du contrat sont au nombre de trois. Chacune de ces obligations fera l'objet d'un paragraphe :

§ 1. — Première obligation : Déclarer exactement les risques à garantir.

§ 2. — Deuxième obligation : Déclarer les coassurances et les assurances résiliées ¹.

§ 3. — Troisième obligation : payer la première prime.

§ 1

Première obligation : Déclarer exactement les risques à garantir ².

« L'assuré est obligé : ... 2^o De déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend à sa charge ; ... » C'est ainsi que l'art. 15 dans son second paragraphe, formule

1. Il est certain que cette obligation résulte de la première ; toutefois, vu son importance, elle nécessite une étude à part.

2. Agnel, de Corny & Dujon, *op. cit.*, p. 411. — Ancey & Sicot, *op. cit.*, p. 77, 110-119. — Bruck, *Privatversicherungsrecht*, Mannheim, Berlin, Leipzig, 1930, p. 178-215. — Capitant, *op. cit.*, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1930, p. 759-761. — Godart & Perraud-Charmantier, *op. cit.*, p. 108, 125. —

l'obligation en question. Cette obligation a une grande importance pratique en même temps qu'elle présente un caractère très original propre au contrat d'assurance.

Il n'est pas dans notre intention de faire ici une étude approfondie et détaillée sur la nature et les origines de cette obligation, une thèse récente y étant spécialement consacrée¹; nous nous bornerons à un aperçu rapide de la question, en citant à l'occasion des cas pratiques empruntés à la jurisprudence.

Dans l'assurance individuelle, la déclaration de l'assuré doit porter, en premier lieu, sur les risques professionnels auxquels il est exposé, et, si l'exercice de cette profession comporte des risques spéciaux plus dangereux que les risques ordinaires de celle-ci, l'assuré est tenu de les déclarer. Il doit déclarer également s'il exerce la profession en qualité de patron ou de salarié. Ensuite, l'assuré doit indiquer les risques sportifs qu'il est susceptible d'encourir. Enfin, il doit déclarer s'il est atteint d'une maladie ou infirmité et, dans l'affirmative, la nature de celle-ci.

Voilà, dans les grandes lignes, les points sur lesquels doit porter la déclaration de l'assuré. Comment s'en acquitte-t-il ?

Deux systèmes sont en présence : le système français de la déclaration spontanée et le système suisse et allemand du «questionnaire».

Hagen, *op. cit.*, p. 551-554. — Hagen, *Das französische Gesetz über den Versicherungsvertrag* dans *Zeitschr. f. ges. V.-W.* 1931, p. 175. — Kisch, *Handbuch des Privatversicherungsrechts*, Munich, Berlin, Leipzig, 1920, t. II, p. 206 et suiv. — Manes, *Versicherungslexikon*, p. 125-131. — Montcharmont, *La déclaration du risque dans les assurances terrestres d'après la loi du 13 juillet 1930*, Thèse, Paris, 1932. — Ostertag, *op. cit.*, p. 27-32. — Sumein, *op. cit.*, p. 56-59. — Trasbot, *S.* 1931.4.13 et 14.

1. Montcharmont, *La déclaration du risque dans les assurances terrestres d'après la loi du 13 juillet 1930*, Thèse, Paris, 1932.

A. — *Le système de la déclaration spontanée.* — Dans ce système, l'assuré transmet à l'assureur les indications relatives au risque qu'il juge indispensables ; il dit tout ce qu'il sait, appréciant lui-même les circonstances de nature à influencer sur l'étendue de la réalisation du risque. La sanction de nullité est applicable en présence de déclarations incomplètes ou fausses, effectuées de mauvaise foi ; elle est plus souvent invoquée que dans le système du questionnaire parce que son domaine est plus large et plus incertain.

L'avantage de la déclaration spontanée est en ce qu'elle est plus souple et n'aboutit pas à des nullités presque automatiques comme le système du questionnaire ; elle s'adapte à chaque risque.

Le principal inconvénient de ce système réside dans l'incertitude où se trouve l'assuré au sujet des déclarations qu'il doit faire. Cet inconvénient est pratiquement atténué par les réponses orales que l'assuré est tenu de faire aux questions qui lui sont posées pour permettre le calcul de la prime.

B. — *Le système du questionnaire.* — Dans ce système l'assuré n'a pas à rechercher ce qu'il doit indiquer à l'assureur, le formulaire remis par ce dernier contenant une liste complète de toutes les questions auxquelles il doit répondre par écrit. S'il a, de bonne foi, répondu à toutes les demandes, il a satisfait à tout ce que l'assureur pouvait lui réclamer, et la nullité du contrat d'assurance ne sera encourue qu'en cas de réponse écrite équivoque ou de réticence sur un fait important¹. C'est ainsi que le § 18 de la loi allemande, tout en déci-

1. Note de M. Bruck sous l'arrêt de la Cour suprême (Allem.) du 15 mai 1931 dans la *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1931, p. 155.

dant que l'assuré n'a pas à faire de déclaration sur les points qui n'ont pas fait l'objet de questions, réserve cependant le cas où l'assuré est de mauvaise foi.

Le principal avantage du questionnaire est dans sa précision quand les questions posées sont simples et claires.

Son inconvénient est dans la trop fréquente rigidité des formules et les nullités presque automatiques qui s'ensuivent.

Si la loi du 13 juillet 1930 a donné sa préférence au système de la déclaration spontanée, elle n'a pas prohibé l'emploi du questionnaire. Dans la pratique, en ce qui concerne l'assurance individuelle, c'est surtout ce dernier système qui est adopté par les compagnies, soit par voie de proposition, soit en incorporant le questionnaire dans la police même.

Voici, ci-contre, à titre d'exemple, un modèle de questionnaire inséré dans une police individuelle¹ :

L'obligation de l'assuré étant ainsi précisée, quelles en sont les sanctions ?

* * *

Les déclarations de l'assuré servent de base à l'assurance. L'observation stricte de l'obligation de déclarer la nature exacte des risques à garantir nécessite donc des sanctions appropriées.

Les sanctions que comporte cette obligation varient :

1°. si la réticence ou la fausse déclaration a été faite de mauvaise foi, la loi du 13 juillet 1930 édicte la nullité de l'assurance (art. 21), avec le droit pour l'assureur de conserver les primes payées ;

1. Questionnaire extrait de la polie individuelle de l'*Abeille*.

QUESTIONNAIRE

Quelle est la profession, quelles sont les occupations habituelles de l'assuré ?

L'assuré est-il patron ? tâcheron ? employé ? etc.

Quel est approximativement le nombre d'ouvriers ou d'employés occupés par l'assuré ?

L'assuré s'occupe-t-il de la partie technique ou commerciale de son entreprise ?

Ne fait-il que diriger et surveiller les travaux, sans y prendre part manuellement ?

Travaille-t-il manuellement ?

Fait-il fréquemment des voyages pour les besoins de son entreprise ?

Fait-il habituellement usage de ou fait-il personnellement des livraisons par

{	voiture attelée ?
	voiture à bras ?

.....

Se sert-il personnel-
lement d'outils mus
par la force motrice et
quels sont ces outils ?

Se livre-t-il à la pratique habituelle des sports ? Lesquels ?

Possède-t-il ou conduit-il des voitures automobiles ou des motocyclettes ou monte-t-il habituellement dans les dites voitures ?

Fait-il? { de la bicyclette ?
de la luge, du bobsleigh, du ski
(haute montagne exclue) ?
du football ?

L'assuré n'a-t-il aucune maladie, n'a-t-il jamais eu d'attaque d'apoplexie ou d'épilepsie ou des accès d'aliénation mentale ?

A-t-il quelque infirmité ? est-il myope ?
sourd ? etc ..

L'assuré a-t-il déjà eu des accidents ?

Quelles en ont été les suites ?

A-t-il été ou est-il actuellement assuré contre les accidents soit à l'X... soit à une autre compagnie et pour quelles sommes?

L'assuré a-t-il déjà souscrit une police individuelle qui a été résiliée pour sinistres?

DÉCLARATIONS DE L'ASSURÉ OU
DU TIERS CONTRACTANT

[illegible]

2°. s'il ne s'agit que d'une simple omission ou d'une déclaration inexacte, sans qu'il y ait mauvaise foi de l'assuré, la loi autorise soit l'augmentation de prime ou la résiliation, soit la réduction proportionnelle de la somme due pour sinistre, suivant que l'omission ou la déclaration inexacte a été découverte avant ou après un sinistre (art. 22).

La loi française adopte ainsi des solutions approchantes de la loi allemande du 30 mai 1908 ; comme cette dernière (§§ 17 et 18), elle admet l'excuse de la bonne foi en cas de déclaration inexacte ou d'omission ¹. La loi suisse du 2 avril 1908, au contraire, n'admet pas cette excuse (art. 4 et 6) ².

I. *La réticence et la fausse déclaration* ³. — La réticence consiste à passer sous silence un fait important concernant le risque à garantir, c'est l'omission volontaire. Quant à la fausse déclaration, elle n'a pas besoin d'être expliquée autrement.

La sanction édictée par l'art. 21 de la loi du 13 juillet 1930 en cas de réticence ou de fausse déclaration est présentée par la plupart des commentateurs de cette loi comme une application de l'art. 1109 du Code civil (vices du consentement) et plus spécialement de l'art. 1116 (dol) auquel ils rattachent d'ailleurs l'art. 348 du Code de commerce dont on se servait en absence d'autres textes, avant la loi de 1930, en matière d'assurances terrestres.

1. Hagen, *op. cit.*, p. 551-554.

2. Ostertag, *op. cit.*, p. 27-32.

3. Ancey & Sicot, *op. cit.*, p. 110-112. — Capitant, *op. cit.*, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1930, p. 759-761. — Godart & Perraud-Charmantier, *op. cit.*, p. 125-127. — Montcharmont, *op. cit.*, p. 80-88. — Trasbot, *S.* 1931.4.18. — Sumien, *op. cit.*, p. 56-59.

Nous ne sommes pas de l'avis de ces auteurs. Comme M. Montcharmont ¹, nous pensons que l'art. 21 n'est pas une application pure et simple de la théorie des vices du consentement, notamment du dol, que bien au contraire, comme l'était déjà l'art. 348 du Code de commerce — et M. Montcharmont ne fait à ce sujet qu'adopter les idées de M. Hugueney ² —, il constitue une règle propre du droit de l'assurance, conforme à son esprit et à ses nécessités.

Sans doute, les dispositions de l'art. 21, comme le fait remarquer M. Picard ³, s'apparentent très étroitement à celles de l'art. 1116 du Code civil, le droit commun entendant, en effet, de façon très large la notion de dol (une simple affirmation mensongère, une simple réticence, sont constitutives de dol au cas où la partie qui s'en est rendue coupable était obligée de faire connaître à l'autre les conditions du contrat), il ne reste pas moins vrai que l'art. 21 se différencie sur plusieurs points de la nullité du droit commun.

« La nullité d'abord, écrit, à ce sujet, M. Montcharmont, peut être demandée non seulement lorsqu'il est prouvé que l'assureur n'aurait pas contracté sans les réticences et fausses déclarations mais également dans le cas où les agissements de l'assuré n'ont eu pour conséquences que l'abaissement du taux des primes. Ce n'est déjà plus « l'application pure et simple de l'art. 1116 Code civ. » dont parlent les travaux préparatoires.

« Mais ce qui est le plus important, c'est le *caractère pénal* évident de cet article. En effet, il nous semble plus

1. Montcharmont, *op. cit.*, 112-121.

2. Hugueney, note sous Cass. civ., 22 nov. 1921, S. 1923.1.81.

3. Picard (Maurice), *La clause d'incontestabilité dans les polices d'assurance sur la vie et la loi du 13 juillet 1930*, article dans *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1932, p. 244.

conforme à la réalité des faits de ne pas considérer l'abandon des primes payées à l'assureur, comme l'attribution de dommages-intérêts »¹.

La sanction des réticences et fausses déclarations consiste justement, comme le fait remarquer l'auteur des lignes précitées, dans l'amalgame de ces deux termes : nullité, abandon des primes.

L'art. 21, en édictant comme sanction, en cas de réticence et de fausse déclaration, la nullité du contrat avec le droit pour l'assureur de conserver les primes payées présente, en effet, un caractère nettement *pénal*. Et s'il consacre néanmoins une amélioration certaine sur l'art. 348 Code de commerce, par le fait qu'il ne frappe de cette peine que l'assuré de mauvaise foi, il n'est pas exagéré cependant d'affirmer qu'un peu de cet esprit de l'art. 348 C. com. a passé par l'intermédiaire de l'art. 21 dans le droit des assurances terrestres.

Ayant ainsi donné notre opinion sur la nature de l'art. 21, nous citerons quelques exemples pratiques de réticence ou de fausse déclaration pris dans la jurisprudence.

Ainsi, commet une réticence ou fausse déclaration, l'assuré, qui atteint d'une maladie ou infirmité passe sous silence celle-ci ou se déclare en bonne santé;² l'assuré qui déclare exercer sa profession en qualité de patron, alors qu'il l'exerce en tant qu'ouvrier salarié;³ de même celui qui exerce une profession plus dangereuse que celle déclarée⁴.

1. Montcharmont, *op. cit.*, p. 120-121.

2. C. Aix, 5 déc. 1914, *Rec. Pér. Ass.*, 1915, p. 37. — C. Aix, 27 fév. 1917, *Rec. Pér. Ass.*, 1917, p. 535. — C. Nîmes, 10 juin 1919, *Rec. Pér. Ass.*, 1919, p. 255. — Trib. civ. Marseille, 2 févr. 1932, *Rev. Pér. Ass.*, 1933, p. 12.

3. C. Nîmes, 25 avril 1932, *Rec. Pér. Ass.*, 1932, p. 134.

4. C. Aix, 4 mai 1931, *Rev. Pér. Ass.*, 1931, p. 431. — Trib. civ. Chambéry, 25 oct. 1932, *Rec. Pér. Ass.*, 1932, p. 301. — Trib. civ. Villefranche

Au contraire, il a été jugé qu'il n'y a ni réticence ni fausse déclaration si, dans le questionnaire, l'assuré a figuré sa réponse par un simple trait sans signification. La compagnie ne saurait prétendre, après le sinistre, que l'assuré l'a insuffisamment renseignée. En effet, en établissant dans ces conditions la police signée par elle la compagnie a montré qu'elle jugeait la réponse suffisante et qu'elle n'avait pas besoin d'en savoir davantage¹.

Mais il ne suffit pas que la réticence ou la fausse déclaration ait été faite de façon intentionnelle, il faut encore, pour que la nullité s'ensuive, qu'il y ait eu diminution de l'opinion que l'assureur pouvait se faire du risque, ou qu'il y ait eu changement de l'objet du risque.

Ceci est une question de fait sur laquelle les tribunaux et cours d'appel ont un pouvoir d'appréciation souverain²:

Il a été jugé ainsi que, lorsque l'assuré n'a pas déclaré une occupation constituant un accessoire normal de la profession exercée, il n'y a pas réticence de sa part³. De même, il a été jugé que l'opinion que l'assureur pouvait se faire du risque n'est point diminuée par le fait que l'assuré exerce en réalité une autre profession que celle déclarée, alors que la profession exercée est moins ou aussi dangereuse que cette dernière⁴; dans ce cas, la prime payée par l'assurée est, en effet, supérieure à celle qu'il aurait dû régulièrement payer ou ne varie pas.

sur-Saône., 7 juin 1933, *Rec. Pér. Ass.*, 1933, p. 245. — Trib. civ. Marseille, 14 février 1933, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1933, p. 617.

1. Trib. com. Saint-Quentin, 22 nov. 1927, *Rec. Pér. Ass.*, 1927, p. 407.

2. Req. 5 juin 1934, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1934, p. 861.

3. C. Caen, 9 mars 1925, *Rec. Pér. Ass.*, 1927, p. 204. — Trib. com. Marseille, 31 mars 1927, *Rec. Marseille*, 1927.1.338.

4. Trib. com. Marseille, 17 juin 1927, *Rec. Marseille*, 1927.1.402.

Dire cependant que, dans ce cas, il ne s'agit que d'une simple inexactitude ou d'une simple omission, hypothèse qui est régie par l'art. 22, comme le font MM. Godart et Perraud-Charmantier, nous semble inexacte¹. Ce n'est pas parce que la sanction de l'art. 21 ne s'applique pas que l'on doit avoir recours à l'art. 22. Aussi, à notre avis, un fait qui ne modifie ni l'objet ni l'opinion du risque, n'est pas sanctionné par l'art. 22 et n'est pas à l'être². C'est en vertu de l'art. 21 même que la sanction édictée par cet article ne joue pas dans ce cas ; autrement dit, la garantie de l'assureur reste entièrement acquise à l'assuré.

Dans le cas contraire, lorsque la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre, la nullité du contrat est encourue, et l'assureur peut opposer cette nullité à tous les bénéficiaires de l'assurance.

Mais, pour qu'il y ait nullité, encore faut-il que l'assuré ne puisse pas opposer une fin de non recevoir à l'assureur. C'est ainsi que l'assureur ne peut plus se prévaloir de la nullité pour réticence ou fausse déclaration, si, après avoir eu connaissance du fait omis ou du risque dénaturé, il a continué à percevoir des primes³.

II. *L'omission et la déclaration inexacte*⁴. — Nous

1. Godart et Perraud-Charmantier, *op. cit.*, p. 127.

2. Dans le même sens, Montcharmont, *op. cit.*, p. 76-77.

3. C. Aix, 8 juillet 1932, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1932, p. 1046, note de M. Picard.

4. Ancey et Sicot, *op. cit.*, p. 112-119. — Capit nt, *op. cit.*, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1930, p. 760-761. — Godart et Perraud-Charmantier, *op. cit.*, p. 128-129. — Montcharmont, *op. cit.*, p. 89-98. — Sumien, *op. cit.*, p. 57-59. — Trasbot, S. 1931.4.18 (2^e colonne).

ne parlerons ici, cela va de soi d'ailleurs, que de l'omission ou de la déclaration inexacte portant sur un fait qui aurait dû être déclaré lors de la formation du contrat (art. 15, al.2).

Si l'assuré ne connaissait pas le fait qu'il n'a pas déclaré, il n'y a aucune sanction ; cela résulte de la loi elle-même. Nous avons vu au début de ce paragraphe que l'assuré n'est obligé de déclarer que « les circonstances connues de lui.. ».

Quand l'art. 22 parle d'assuré de bonne foi, il s'agit d'un assuré qui, sans avoir l'intention de tromper l'assureur, a cependant passé sous silence ou a inexactement déclaré des faits et circonstances qu'il n'ignorait pas.

La loi prévoit deux hypothèses :

1°. L'assureur a eu connaissance de l'omission ou de la déclaration inexacte avant tout sinistre. Dans ce cas, la loi lui réserve une option ; il peut : soit maintenir la police avec augmentation de prime, soit la réaliser après un préavis de dix jours notifié par lettre recommandée. En résiliant, l'assureur est obligé de restituer la portion de prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

2°. La constatation de l'omission ou de la déclaration inexacte ne se fait qu'après sinistre. Dans ce cas, puisque l'assuré a payé une prime inférieure à celle qu'il aurait réellement dû payer, la somme que l'assureur lui doit pour sinistre subira une réduction en conséquence ; elle sera réduite en proportion du taux de prime payé par rapport au taux de prime qui aurait été dû si le risque avait été complètement et exactement déclaré.

Il est évident qu'une fois cette indemnité proportion-

nelle réglée, l'assureur conserve le droit de résilier la police, comme dans le cas où l'omission ou la déclaration est découverte avant tout sinistre, malgré que la loi ne le dise pas. Soutenir le contraire, ce serait aggraver, contre toute logique, la situation de l'assureur, alors que le sinistre viendrait justement démontrer l'utilité qu'il y a pour lui à se dégager du risque.

MM. Ancey et Sicot signalent les différences qu'il y a entre cette résiliation régie par l'art. 22 et celle qui résulte d'une clause courante des polices d'après laquelle l'assureur peut toujours résilier après la survenance d'un sinistre¹. Le délai est de dix jours pour la résiliation en cas d'omission ou de déclaration inexacte ; il est d'un mois pour la « résiliation après sinistre ». D'autre part, en cas de résiliation après sinistre, le décret du 8 mars 1922 (art. 32) donne à l'assuré le droit de réclamer de son côté la résiliation des autres polices qu'il peut avoir souscrites à la même compagnie ; il n'a pas ce droit dans le cas qui nous occupe.

A notre connaissance, il n'existe pas encore de jurisprudence, en matière d'assurance individuelle, concernant l'application de l'art. 22.

§ 2

Deuxième obligation : Déclarer les coassurances et les assurances antérieures résiliées.

Presque toutes les polices individuelles prévoient, dans leurs conditions générales, cette obligation à laquelle les assureurs tiennent beaucoup.

1. Ancey et Sicot, *op. cit.*, p. 118-119.

I. — *L'obligation de déclarer les coassurances.*

« L'assuré est tenu sous peine de déchéance de déclarer à la compagnie toutes assurances en cours pour les mêmes risques qu'il fait garantir par le présent contrat ainsi que, dans un délai de huit jours et ce par lettre recommandée, celle qu'il souscrirait ultérieurement pour le même objet. Dans ce dernier cas, la compagnie aura le droit soit de continuer, soit de résilier la présente police »¹.

C'est là une obligation simplement conventionnelle. Il est vrai que l'art. 30 de la loi du 13 juillet 1930 édicte une obligation semblable, mais l'assurance individuelle contre les accidents étant une assurance de personnes, n'est pas soumise aux dispositions de ce texte qui se trouve dans le titre relatif à l'assurance de dommages.

Nous avons vu que l'assurance individuelle n'est pas une assurance de dommages et que les sommes dues à la suite d'un sinistre ne sont pas, par conséquent, des indemnités. Une personne peut donc souscrire plusieurs polices individuelles la garantissant pour les mêmes risques, mais en observant, en ce faisant, les prescriptions édictées par les polices.

L'assureur a, en effet, un grand intérêt à connaître la nature et les sommes assurées des polices individuelles souscrites auprès d'autres compagnies d'assurances. Par ce moyen, on arrive à détourner les assurés des escroqueries et abus de confiance qu'ils pourraient être tentés de commettre.

La souscription ultérieure d'une police de même nature doit être portée à la connaissance de la compagnie dans les huit jours (délai de l'art. 17). Dans ce cas, la compa-

1. L'art. 12, dern. al., de la police individuelle du *Soleil*.

gnie a le droit soit de continuer, soit de résilier la police souscrite chez elle.

La plupart des compagnies exigent que cette déclaration soit faite par lettre recommandée. En ce qui concerne la loi du 13 juillet 1930, on assimile la déclaration d'une assurance postérieure à une déclaration relative aux aggravations de risque, régie par l'art. 17 de la dite loi. Or, d'après ce texte, la déclaration doit être faite par lettre recommandée. Certains auteurs soutiennent, il est vrai, qu'elle peut avoir lieu verbalement à condition d'en fournir une preuve écrite (Trasbot, D, 1931, 4. 16, 1^{er} colonne). Mais la loi n'admet l'efficacité de la déclaration verbale que dans un cas : « l'assureur, dit-elle ne peut plus se prévaloir de l'aggravation des risques, quand, après en avoir été informé de *quelque manière que ce soit*, il a manifesté son consentement au maintien de l'assurance, spécialement en continuant à recevoir les primes ou en payant, après un sinistre, une indemnité »¹.

Les polices de presque toutes les compagnies frappent de déchéance l'assuré qui contrevient à cette obligation en ne déclarant pas les assurances individuelles qu'il aurait passé, à la souscription ou au cours du contrat, avec d'autres compagnies. Une telle clause est légitime : l'intérêt qu'a l'assuré à la non réalisation du risque peut recevoir une entorse du fait que celui-ci peut être influencé par l'importance des capitaux que le sinistre doit lui procurer. L'existence d'assurances de même nature influant sur l'opinion du risque chez l'assureur, il faut admettre qu'en l'absence d'une déchéance expres-

1. C. Nîmes, 6 nov. 1933, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1934, p. 164 et la note de M. M. Picard. — V. aussi C. Montpellier, 13 nov. 1930, même revue, 1932, p. 117 et la note de M. Picard.

sément stipulée, la non observation de cette obligation par l'assuré l'expose aux sanctions édictées par les art. 21 et 22 de la loi du 13 juillet 1930¹.

L'assureur peut renoncer à son droit d'invoquer la déchéance ou la nullité ou les dispositions de l'art. 22 pour inobservation de cette obligation, mais cette renonciation ne se présume pas. Elle peut assurément être tacite mais, dans ce cas, elle ne peut s'induire que de faits qui ne prêtent à aucune équivoque et impliquent nécessairement la volonté d'abandonner ce droit ; ce sont, d'après l'art. 17 de la loi du 13 juillet 1930, nous l'avons vu déjà, le fait d'avoir continué à percevoir les primes ou d'avoir payé un sinistre, après avoir été informé de la souscription d'une autre police².

II. *L'obligation de déclarer les assurances antérieures résiliées.* — Cette obligation est formulée par les polices individuelles de toutes les compagnies.

Si le questionnaire fait corps avec la police, on y trouve presque toujours ces questions : « L'assuré a-t-il déjà été assuré contre les accidents ? Si oui, pour quel motif le contrat a été résilié ? » ; ou encore, « L'assuré a-t-il déjà souscrit une police individuelle, qui a été résiliée pour sinistres ? »

Dans les autres polices, on trouve presque toujours

1. Trib. com. Saint-Quentin, 22 nov. 1927 (par application de l'art. 348 C. com), *Rec. Pér. Ass.*, 1928, p. 56. — Trib. civ. Roanne, 6 avril 1933, *Rec. Pér. Ass.*, 1933, p. 243. — Trib. civ. Clermont-Ferrand, 15 mai 1933, *Rec. Pér. Ass.*, 1933, p. 139. — C. Riom, 12 avril 1934, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1934, p. 851 et la note de M. Picard. — Trib. com. Toulouse, 27 avril 1934, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1934, p. 858.

2. Req. 19 janv. 1931, *Rec. Pér. Ass.*, 1931, p. 429 ; C. Montpellier, 13 nov. 1930, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1932, p. 117 ; C. Paris, 6 mars 1930, *Rec. Pér. Ass.*, 1930, p. 109 ; C. Besançon, 14 janv. 1926, *Rec. Pér. Ass.*, 1925, p. 129 ; Req. 17 fév. 1919, *Rec. Pér. Ass.*, 1919, p. 324 ; Cass. civ. 2 déc. 1912, *Rec. Pér. Ass.*, 1913, p. 159 ; C. Poitiers, 12 janv. 1910, *Rec. Pér. Ass.*, 1910, p. 160.

dans les conditions particulières, précédant les signatures des parties, une clause dans ce genre : « L'assuré déclare, sous peine de déchéance de garantie, qu'aucune assurance de même nature, souscrite par lui, n'a été résiliée par un précédent assureur ».

Les compagnies attachent une grande importance à cette déclaration, car si la résiliation est intervenue « pour sinistres », c'est que l'assuré présente un coefficient élevé de risque. Dans le cas où ce n'est pas pour cette cause que l'assurance précédente a été résiliée, il faut supposer que l'assuré est mauvais payeur ou n'accepte pas les augmentations de prime en cas d'aggravations de risque (art. 17) ou de risque omis ou inexactement déclaré (art. 22).

Les sanctions de cette obligation sont les mêmes que celles de la précédente; c'est, soit la déchéance édictée par la police, soit la nullité de l'art. 21 pour réticence ou fausse déclaration, soit l'application des dispositions de l'art. 22 pour simple omission ou déclaration inexacte. Etant donné qu'il s'agit d'une nullité relative c'est l'assureur seul qui peut l'invoquer. Pour la déchéance cela va de soi. Quant à l'art. 22, ce sera surtout l'assuré qui se retranchera derrière sa bonne foi, pour faire admettre l'application de cet article.

La renonciation de l'assureur à ces moyens de sanction résulte des mêmes faits que dans le cas précédent.

§ 3

Troisième obligation : Payer la première prime.

L'assuré est obligé enfin, lors de la conclusion du contrat, de payer la première prime, car différents

effets spéciaux sont attachés à ce paiement notamment en ce qui concerne la prise d'effet du contrat ou la prise d'effet de la garantie. Nous n'examinerons ici le paiement de la première prime qu'à ces deux points de vue. Toutefois, avant d'étudier ces clauses qu'on appelle *clauses de report*, rappelons que nous avons déjà vu, en examinant les différents caractères du contrat d'assurance individuelle, que les parties sont libres de subordonner même la formation du contrat soit à la signature des parties et le paiement de la première prime soit, plus simplement, au paiement de la première prime. Nous ne reviendrons plus sur cette question.

Ceci dit, quels sont les effets de ces clauses qui reportent — le contrat étant formé par hypothèse — soit la mise en vigueur du contrat, soit la prise d'effet de la garantie ¹.

Clause de report d'effet du contrat ou clause de report intégral. — « L'assurance n'aura d'effet qu'après le paiement de la première prime ». C'est ainsi que se présente la clause en question.

Le contrat est formé, il existe, mais il n'entrera en application, pour l'assuré comme pour l'assureur, que le jour où le paiement de la première prime aura été effectué. Il y a terme incertain. Jusqu'au jour incertain où l'assuré payera volontairement la première prime ou l'assureur en obtiendra ce paiement au besoin à l'aide des voies d'exécution, jusqu'à ce jour le contrat existe déjà, mais n'entrera en application qu'après ce paiement. D'où il résulte qu'aucune prime n'est due par l'assuré pour le temps qui s'écoule entre la formation du contrat

1. Besson, *La conclusion du contrat d'assurance*, dans *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1933, p. 283 et suiv.

et sa mise en vigueur, et la prime annuelle qu'il aura payée lui donne le droit d'être garanti par l'assureur durant un an à partir du jour du paiement. Il y a corrélation du risque et de la prime : jusqu'au jour du paiement de la première prime, l'assureur ne doit rien, mais réciproquement l'assuré est garanti à partir de ce jour qui constitue en même temps le point de départ de la prime.

Clause de report d'effet de la garantie ou clause de report partiel. — Par l'effet de cette clause, qui reporte en partie seulement le point de départ de l'exécution du contrat, le contrat entre en vigueur immédiatement, mais pour l'assuré seulement qui est débiteur de la prime dès la formation du contrat. L'assureur au contraire ne devra la garantie qu'à partir du paiement de la première prime ; la garantie est reportée à ce jour, mais non l'échéance de la prime qui reste celle de la prise d'effet du contrat.

« Le contrat est définitif et parfait dès sa signature par les parties, mais en aucun cas qu'elle que soit la date indiquée aux conditions particulières pour la prise d'effet, la garantie de la compagnie n'est due avant le lendemain à midi du paiement de la première prime. » Telle est la clause que l'on rencontre dans ce cas.

Le fait que, dans l'intervalle entre la formation du contrat et l'effet de l'obligation de l'assureur, celui-ci va encaisser une prime sans avoir les risques en charge, ne peut s'expliquer que par l'idée d'une clause pénale¹.

Lorsque l'effet du contrat est ainsi reporté intégralement (comme dans le premier cas) ou en partie (comme

1. Besson, *op. cit.*, p. 293.

dans le cas que nous venons d'examiner) au jour du paiement de la première prime et, surtout lorsque l'assuré est redevable d'une somme à titre de dommages-intérêts jusqu'à ce jour, la clause suppose essentiellement, pour recevoir application, que la prise d'effet dépend de l'initiative de l'assuré. Autrement dit, il faut que la première prime soit portable pour que les clauses de report d'effet du contrat produisent leur effet. Nous savons d'ailleurs qu'il n'y a que la première prime qui puisse être portable, les autres étant obligatoirement quérables, d'après l'art. 16 de la loi du 13 juillet 1930.

Mais si la première prime est quérable ou si l'assureur renonce à la portabilité, — l'art. 16 n'empêche pas qu'il en soit ainsi, — ou si le retard dans le paiement n'est pas imputable à l'assuré, les clauses de report deviennent inapplicables et ne peuvent plus être invoquées par l'assureur contre celui-ci.

Il a été jugé ainsi que la veuve d'un assuré individuel bénéficiaire éventuelle du contrat, peut être admise à prouver : que, malgré la disposition de la police suivant laquelle le contrat ne prendra effet qu'après le paiement de la première prime et que les primes sont payables à la caisse de la compagnie, cette dernière avait adopté l'usage de faire encaisser au domicile de l'assuré les primes de ses diverses assurances, — que, conformément à cet usage, la compagnie avait envoyé son agent chez l'assuré pour encaisser la prime dont il s'agit, — et que si cette prime n'a pas été payée, c'est par le fait de l'agent qui s'étant refusé à ce qu'on avisât l'assuré de sa présence, était parti en déclarant qu'il reviendrait et n'est pas revenu¹.

1. C. Bordeaux, 12 mars 1928, *Rec. Pér. Ass.*, 1928, p. 296 ; *J. Ass.*,

Dans le cas que nous venons de citer, avant que l'agent revienne pour encaisser la première prime, l'assuré était décédé à la suite d'un accident. La Cour de Bordeaux et la Cour de cassation ont jugé que la compagnie devait le capital à la veuve, bénéficiaire de l'assurance. Par le fait que l'agent était venu pour encaisser la prime et avait promis de revenir à cet effet, la prime était devenue quérable ; par conséquent, la compagnie ne pouvait plus invoquer la clause de report d'effet, puisque c'était par sa faute que la prime n'avait pas été payée. L'assureur, en rendant la prime quérable, avait renoncé au bénéfice du terme. Le contrat entrait en application immédiatement.

1928, p. 549 ; S., 1929-2-104 et sur pourvoi, Req. 10 mai 1932, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1932, p. 735 et la note de M. Picard ; D., 1933.1.17 et la note de M. Besson ; D.H. 1932 p. 329.

CHAPITRE II

LES OBLIGATIONS DE L'ASSURE AU COURS DU CONTRAT

Ce chapitre sera divisé en deux paragraphes, chacun relatif à une obligation de l'assuré :

§ 1. — Première obligation : Payer la prime aux époques convenues.

§ 2. — Deuxième obligation : Déclarer les modifications survenues au cours du contrat.

§ 1

*Première obligation : Payer la prime aux époques
convenues*¹.

Nous étudierons, en premier lieu, la prime dans l'assurance individuelle ; nous examinerons ensuite les sanctions qu'entraîne le non paiement de celle-ci.

I. *La prime dans l'assurance individuelle.* — « La prime, dit M. Hémard est la rémunération que l'assureur reçoit de l'assuré en échange de la promesse d'une

1. Ancey & Sicot, *op. cit.*, p. 81-89. — Capitant, *op. cit.*, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1930, p. 757. — Chaufton, *Les Assurances*, Paris, 1884, p. 113-143. — Godart & Perraud-Charmantier, *op. cit.*, p. 111-114. — Hémard, *op. cit.*, t. I, p. 89. — Sumien, *op. cit.*, p. 50-56. — Paule Weyer, *La prime d'assurance*, thèse, Paris, 1932, p. 142-144.

prestation : indemnité ou capital assuré ; elle est le prix moyennant lequel l'assureur prend en charge le risque ».

Entre la prime de l'assuré et la somme promise par l'assureur, il y a un rapport de prestation à contre-prestation, rapport qui est caractéristique de tout acte à titre onéreux. La prime, c'est le prix de la garantie des risques couverts ou, comme l'appelle l'art. 342 C. com., le coût de l'assurance¹. Le calcul de la prime se fait par la tarification des risques.

En tant que prix de la garantie, la prime est une des conditions essentielles de l'assurance individuelle comme de toute autre assurance, un des trois éléments fondamentaux avec le risque et la somme assurée. Emerigon écrivait déjà que « si une assurance était faite sans prime ni implicite ni explicite, elle serait nulle à l'exemple de la vente au sujet de laquelle les parties n'auraient convenu d'aucun prix »². Cette solution a été admise par la loi du 13 juillet 1930 ; l'art. 9 de cette loi, article qui est d'ordre public (V. l'art. 2), mentionne, en effet, la prime comme étant une des indications requises dans toute police. D'où il résulte, qu'une police individuelle qui ne comporterait pas de prime serait nulle en tant que contrat d'assurance.

Il est à noter que notre loi du 13 juillet 1930 ne consacre qu'un seul article (art. 16) à l'obligation de l'assuré de payer la prime³, alors que, dans les lois

1. Cette expression est empruntée à l'ordonnance sur la marine de 1681 (art. 3 et 5).

2. Emerigon, *Traité des assurances et contrats à la grosse*, Marseille, 1783, t. I, p. 92.

3. On ne saurait invoquer l'art. 75 puisque cet article ne réglemente point l'obligation de payer la prime ; au contraire, aux termes de cet article, l'assureur, en assurance sur la vie, n'a pas d'action pour exiger le paiement des primes.

suisse et allemande, un nombre important de dispositions règle cette matière¹.

Le paiement de la prime aux époques convenues est obligatoire en assurance individuelle. Une décision de juge de paix avait cependant adopté la solution contraire, en la motivant de la manière suivante :

« Attendu qu'en ce qui concerne l'assurance-vie, le législateur estime qu'elle constitue un acte de prévoyance subordonné aux ressources de l'assuré. — Attendu que l'art. 75 étant inséré dans le titre général « Des assurances de personnes, » doit s'appliquer à toutes les assurances de personnes, et notamment, aux assurances individuelles qui assurent contre les accidents mortels ou non mortels. Attendu que, dès l'instant que le législateur ne pense pas que la vie humaine entraîne l'obligation de continuer à prévoir les conséquences de sa disparition quand on a manifesté la volonté de les prévoir pendant un certain temps, puisqu'il subordonne l'obligation de continuer à payer les primes d'assurance-vie aux ressources de l'assuré, il ne saurait considérer que la vie humaine entraîne l'obligation de continuer à prévoir les conséquences des accidents qui peuvent survenir par cela seul qu'on a songé, pendant un certain temps, à se garantir contre leurs risques »².

Non seulement cette décision est restée isolée, puisque d'autres rendues en la matière ont fixé la jurisprudence

1. Art. 18 à 24 de la loi suisse du 2 avril 1908 ; v. Ostertag, *op. cit.*, p. 105 et suiv. — §§ 35-43 de la loi allemande du 30 mai 1908 ; v. Manes, *Versicherungswesen*, t. I, p. 230-248 ; le même, *Verisicherungslexikon*, v^o *Prämie*, p. 1150-1165.

2. Trib. paix, Paris, 15^e arr^t., 3 juin 1931, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1931 p. 872 et la note de M. Picard.

en sens contraire¹, mais encore elle a été réformée sur appel dans le sens de non-application de l'art. 75².

Nous reproduisons les motifs donnés par le jugement d'appel en ce qui concerne l'application de l'art. 75 de la loi du 13 juillet 1930 :

« Attendu que le jugement entrepris a déclaré que l'art. 75 de la dite loi était applicable au cas d'assurance individuelle contre les accidents. — Mais attendu que l'art. 54 de cette même loi (compris dans la section première du titre III des assurances de personnes) distingue expressément les assurances sur la vie des assurances contre les accidents atteignant les personnes. — Attendu que l'art. 75 ne se trouve pas dans la section première du titre III visant toutes les assurances de personnes, mais bien dans la section deuxième, laquelle traite uniquement des assurances sur la vie. — Attendu dès lors que les dispositions de cet article qui dérogent au droit commun et aux termes desquelles « l'assureur n'a pas d'action pour exiger le paiement des primes » ne sont applicables qu'aux assurances sur la vie proprement dites et ne sauraient être étendues par analogie aux assurances individuelles contre les accidents atteignant les personnes. — Attendu qu'il y a donc lieu d'infirmer de ce chef le jugement entrepris ».

La Cour de cassation vient d'approuver cette jurisprudence³. Par un arrêt du 16 mai 1934, cassant un

1. Trib. paix, Paris, 5^e arr^t, 18 sept. 1931, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1931, p. 1036, *Rec. Pér. Ass.*, 1931, p. 353. — Trib. civ. Thiers, 4 nov. 1931, *Gaz. Pal.*, 1931.2.955. — Trib. civ. Boulogne-sur-Mer, 22 juillet 1932, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1932 p. 1051. — C. Lyon, 5 févr. 1932, *Mon. jud. Lyon*, 12 sept. 1933.

2. Trib. civ. Seine, 10 mai 1933, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1933, p. 895, *Rec. Pér. Ass.*, 1933, p. 228.

3. Cass. civ. 16 mai 1934, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1934, p. 865-869 et la note de M. Picard.

jugement en date du 2 avril 1932 du même tribunal de paix de Paris (15^e arrondissement) comme dans le cas précédent, elle condamne définitivement la thèse du paiement facultatif des primes en matière d'assurance individuelle contre les accidents, et les raisons qu'elle donne sont les mêmes que celles du jugement d'appel précité.

A cet argument de texte donné par le jugement d'appel et l'arrêt de cassation, on peut ajouter un autre. L'art. 15 de la loi énumère les obligations de l'assuré, et, parmi celles-ci, l'obligation au paiement de la prime est consacrée par le § 1^{er}, mais *in fine* cet article ajoute : « les dispositions des § 1^{er}, ..., ..., ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. D'où il faut conclure que les assurances contre les accidents sont, par voie de conséquence, soumises au paiement obligatoire.

Il résulte, d'autre part, des travaux préparatoires de la loi que le législateur a entendu réserver l'application de l'art. 75 uniquement aux assurances sur la vie. Le rapport Lafarge dit, à ce sujet, que si le paiement de la prime est facultatif en matière d'assurance sur la vie, c'est pour éviter que les candidats à cette assurance répugnent à la contracter se sachant tenus de payer les primes quels que soient les changements survenus dans leur situation de fortune ¹. Le même motif ne saurait être valable pour l'assurance individuelle. Les primes de cette assurance n'ont pas à être subordonnées aux ressources de l'assuré comme les primes-vie, — ainsi que l'a fait le jugement de paix précité, — étant donné qu'elles sont généralement peu importantes eu égard

2. Rapport de M. René Lafarge, *J. Off.*, Ch. des Dép., 5 août 1926, Doc. Parl. n° 3316, p. 1164 et 1173.

au capital assuré. L'assurance individuelle est, en effet seulement une opération d'assurance basée sur le calcul des probabilités, alors que l'assurance sur la vie est, en plus d'une opération d'assurance, une opération de capitalisation. Dans l'assurance individuelle, une fois la durée d'assurance expirée et qu'aucun accident n'ait eu lieu au cours de cette durée l'assuré ne touche rien, l'assureur garde toutes les primes qui constituent un bénéfice net pour lui. On comprend donc que les primes soient beaucoup moins élevées qu'en assurance sur la vie.

Enfin, dernier argument, la jurisprudence antérieure à la loi de 1930 a toujours été dans le sens que le paiement de la prime est obligatoire dans l'assurance individuelle ¹.

II. — *Les sanctions du non-paiement de la prime*

Les sanctions du non paiement de la prime sont édictées par l'art. 16 de la loi du 13 juillet 1930. D'après cet article à défaut de paiement à l'échéance de l'une des primes, l'assureur est obligé de mettre, par lettre recommandée l'assuré en demeure d'avoir à s'exécuter.

Le premier effet de cette mise en demeure est de rendre la prime portable. Nous avons vu, en effet, qu'à l'exception de la première, les primes étaient transférables.

Le second effet est la suspension de l'effet de l'assurance vingt jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure adressée à l'assuré à son dernier domicile connu de la compagnie. Les accidents dont l'assuré serait victime après l'expiration de ce délai de grâce de vingt jours, ne seraient plus couverts. C'est là

1. Cass. civ. 13 janv. 1914, *Rec. Per. Ass.*, 1914, p. 273 ; — Trib. civ. Seine, 26 avril 1926, *Rec. Pér. Ass.*, 1926, p. 284.

la consécration légale d'une pratique introduite par les compagnies d'assurances et dont la validité a été reconnue par la jurisprudence¹.

Le § 4 de l'article en question dispose que l'assurance suspendue par l'envoi de la mise en demeure ne reprend ses effets pour l'avenir, que le lendemain du jour où la prime arriérée et, s'il y a lieu, les frais ont été payés. Malgré l'emploi du singulier par le législateur (« la prime arriérée »), il est admis généralement que l'effet suspensif de la mise en demeure s'applique de plein droit aux primes échues postérieurement à son envoi, sans qu'il y ait besoin d'une nouvelle mise en demeure pour chaque prime échue². Afin qu'il n'y ait pas de doute sur ce point, quelques compagnies n'ont pas manqué de l'inscrire dans leurs polices³.

Enfin, le troisième effet de la mise en demeure est de permettre à l'assureur, après l'expiration d'un nouveau délai de dix jours, soit de résilier la police, soit d'en poursuivre l'exécution en justice. La résiliation peut se faire par une déclaration de la compagnie contenue dans une deuxième lettre recommandée adressée à l'assuré, ou à la personne chargée du paiement des primes.

La prescription générale de deux ans (art. 25) s'applique

1. Trib. civ. Seine, 9 déc. 1879, Bonneville de Marsangy, III^e partie p. 195 ; — C. Paris, 18 oct. 1912, *J. Ass.*, 1912, p. 271 ; — Trib. civ. Roanne, 18 fév. 1916, *Rec. Pér. Ass.*, 1918, p. 77.

2. En ce sens : Paule Weyer, *La prime d'assurance*, thèse, Paris, 1932, p. 165. — En sens contraire : Claude Woog, *Des effets généraux de la mise en demeure dans les contrats d'assurance*, Paris, 1931, p. 16 et 103. Son opinion, restée isolée, a été contredite par la jurisprudence récente. — V. Trib. civ. Nantes, 9 déc. 1932, *Gaz. Pal.*, 9 fév. 1933.

3. « La garantie suspendue par cette mise en demeure ne sera rendue à l'assuré que le lendemain à midi du jour où il se sera acquitté intégralement de toutes les primes arriérées et des frais judiciaires engagés en vue de leur recouvrement » (Art. 9, al. 8 de la police individuelle de la *Concorde*). — Dans le même sens, l'art. 17, al. 4 du *Soleil*.

aussi à la mise en demeure, à moins qu'il y ait des poursuites. L'interruption de la prescription peut résulter, en outre, de l'envoi d'une nouvelle lettre recommandée de mise en demeure avant l'expiration du délai de deux ans (art. 27).

Toutes ces dispositions sont d'ailleurs communes aux autres branches d'assurance.

§ 2

Deuxième obligation : Déclarer les aggravations de risques¹.

L'obligation de déclarer les aggravations de risques repose sur l'art. 15, § 3 de la loi du 13 juillet 1930, texte qui est ainsi conçu :

« *Art. 15.* — L'assuré est obligé ... : 3° De déclarer, conformément à l'art. 17, les circonstances spécifiées dans la police qui ont pour conséquence d'aggraver les risques ;... »².

Cette obligation résulte d'une règle essentielle du contrat d'assurance, celle de *la proportionnalité de la prime au risque*. Du moment que la prime est le prix de la garantie des risques assurés, il va de soi que, si ces derniers viennent à se modifier, la prime doit se modifier

1. Agnel, de Corny & Dujon, *op. cit.*, p. 411. — Ancey et Sicot, *op. cit.*, p. 89-93. — Capitant, *op. cit.*, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1930, p. 761-763. — Deschamps, *L'aggravation du risque en cours d'assurance*, Thèse, Paris, 1932. — Godart & Perraud-Charmantier, *op. cit.*, 109, 114-117, 124. — Hagen, *op. cit.*, 542 p., 554. — Manes, *Versicherungswörterbuch*, p. 1644. — Montcharmont, *op. cit.*, p. 35-38, 58-67, 78-79. — Bruck, *op. cit.*, p. 295-323. — Sumien, *op. cit.*, p. 59, 60. — Trasbot, S., 1931.4.15 et 16.

2. Hagen (*Das franz. Gesetz über den Versicherungsvertrag*, dans *Zeitschr. f. d. ges. V.-W.* 1931, p. 177) fait remarquer que la loi française ne consacre à cette matière qu'un seul article : l'art. 17. La loi allemande du 30 mai 1908, y consacre en effet les §§ 23 à 34, la loi suisse du 2 avril 1908, les art. 28-32.

dans la même mesure. Il est donc essentiel pour l'assureur de connaître constamment l'état des risques auxquels est exposé l'assuré, afin de ne pas être frustré de la partie de prime à laquelle il a régulièrement droit quand une aggravation est survenue dans cet état.

La règle de la proportionnalité de la prime au risque exige que tout changement dans le risque entraîne un changement correspondant de la prime. Une aggravation entraîne nécessairement une augmentation de la prime, de même qu'une diminution du risque entraîne une diminution proportionnelle de la prime. Si l'art. 17 réglemente l'aggravation, l'art. 20 prévoit la diminution du risque et donne à l'assuré le droit de réclamer, en ce cas, une diminution de la prime, et de résilier, en cas de refus, la police par une simple déclaration non équivoque, et ceci, sans aucune indemnité pour l'assureur¹. L'assuré a ce droit nonobstant toute convention contraire. Toutefois, pour que l'assuré ait le droit de demander une diminution de prime, il faut qu'une des circonstances spéciales, mentionnées dans la police, aggravant les risques, et dont il a été tenu compte pour la fixation de la prime, se trouve supprimée. Par exemple, un cultivateur assuré comme faisant emploi d'outillage mécanique, vend cet outillage.

Cela dit, nous examinerons la question de l'aggravation du risque sans faire l'exposé complet de la théorie relative à cette matière, des études spéciales et approfondies y ayant déjà été consacrées². Nous nous bor-

1. Ancey & Sicot, *op. cit.*, p. 107-109. — Capitant, *op. cit.*, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1931, p. 763. — Godart et Perraud-Charmantier, *op. cit.*, p. 124 — Sumien, *op. cit.*, p. 60. — Trasbot, S. 1931.4.18.

2. La thèse précitée de M. Deschamps et celle de M. Montcharmont traitent spécialement de cette question.

nerons donc, comme précédemment pour la réticence et la fausse déclaration, à l'examen des grandes lignes de cette obligation et de quelques questions présentant un intérêt pratique pour l'assurance individuelle.

Nous commencerons par nous demander : quelles sont les aggravations qui doivent faire l'objet d'une déclaration ? Nous verrons ensuite la forme et les délais de cette déclaration. L'obligation de l'assuré ainsi précisée, il nous restera à examiner quels sont les droits de l'assureur en cas d'aggravation du risque et, notamment, quelles sont les sanctions que comporte cette obligation de l'assuré.

I. — *Quelles sont les aggravations qui doivent faire l'objet d'une déclaration ?*

En ce qui concerne l'origine des aggravations de risques l'assuré est obligé de déclarer aussi bien les aggravations provenant de son fait que celles qu'il n'aurait pas lui-même provoquées. La loi ne fait qu'une différence de délais entre ces deux sortes d'aggravations. Nous verrons plus loin que, dans le premier cas, la déclaration doit être préalable, dans le second cas, l'assuré a huit jours pour s'en acquitter.

Quant à l'intensité de l'aggravation, il résulte de l'art. 17 que l'assuré n'est tenu de déclarer que les aggravations sérieuses, c'est-à-dire soit celles qui influent sur le taux de la prime, soit celles tellement importantes que si l'assureur les avait connues, lors de la conclusion du contrat, il n'aurait contracté à aucun prix.

La durée de l'aggravation ne joue aucun rôle. L'assuré est obligé du moment qu'il y a aggravation considérable d'en faire la déclaration à l'assureur, sans qu'il y ait à

distinguer selon que l'aggravation est momentanée ou durable.

Mais quelles sont les aggravations que l'assuré doit déclarer : est-ce seulement celles spécifiées dans la police ou aussi les aggravations considérables même non indiquées dans la police. M. Montcharmont ¹, de même que M. Trasbot ² et MM. Godart et Perraud-Charmantier ³, adopte la première solution, en s'appuyant sur le texte de la loi. L'art. 15, § 3 parle, en effet, de « circonstances spécifiées dans la police ». Cela serait, d'après cet auteur, le système du questionnaire que le législateur aurait consacré dans ce cas. D'après M. Deschamps, au contraire, cela serait un système combiné de questionnaire et de déclaration spontanée ⁴. Nous n'allons pas départager ces deux auteurs sur ce point de droit, quoique nous penchions plutôt pour la deuxième solution, l'obligation de spécifier dans la police les circonstances qui ont pour conséquence d'aggraver les risques étant dépourvue de sanction. En pratique, en ce qui concerne l'assurance individuelle, c'est assurément à ce dernier système qu'on aboutit ; presque toutes les polices, tout en donnant une énumération générale de circonstances considérées comme entraînant une aggravation des risques, n'entourent pas moins la clause en question de formules vagues laissant entendre que l'énumération énoncée n'a point un caractère limitatif ⁵.

1. Montcharmont, *op. cit.*, p. 38.

2. Trasbot, S. 1931.4.14 (1^{re} colonne).

3. Godart et Perraud-Charmantier, *op. cit.*, p. 109.

4. Deschamps, *op. cit.*, p. 144-150.

5. Exemple : « Si l'assuré dans le cours de l'assurance, vient à changer, soit de localité, soit de profession ou à exercer la profession déclarer dans d'autres conditions que celles indiquées, s'il se livre à la pratique des sports, d'ascensions alpestres ou à des manipulations dangereuses non déclarées, s'il vient à être atteint d'une maladie grave ou permanente, telle que celles indiquées à l'article... ; si des contrats de même nature lui étaient consentis par d'autres assureurs ; en un mot, si le risque vient à

On arrive donc à ce résultat que toute aggravation susceptible d'influer sur le sinistre doit être déclarée ; si l'assuré ne le fait pas, il ne pourra pas invoquer ultérieurement comme excuse le fait que le sinistre a été totalement indépendant de l'aggravation.

II. — *Forme et délais de la déclaration des aggravations de risque.*

La déclaration des aggravations de risque doit être faite par lettre recommandée ; l'art. 17 le dit expressément dans son premier alinéa. Mesure prudente, du législateur, prise aussi bien dans l'intérêt de l'assuré que de l'assureur : l'assureur ne pourra prétendre qu'il n'a reçu aucune déclaration du moment que l'assuré lui exhibe le talon de la lettre recommandée envoyée à la compagnie ; de son côté, l'assureur pourra toujours réclamer que l'assuré lui produise ce talon pour justifier de la déclaration faite.

En ce qui concerne les délais de la déclaration des aggravations, elle doit être préalable lorsque l'aggravation provient d'un fait de l'assuré, et faite dans les huit jours, si l'assuré a été étranger à l'aggravation du risque.

Mais qu'arriverait-il si un sinistre survenait dans les huit jours à partir de l'aggravation, mais avant que l'assuré en ait fait la déclaration ? Il faut décider que le sinistre est couvert. Aucun reproche ne peut, en effet, être adressé à l'assuré puisqu'il était dans les délais légaux pour faire la déclaration de l'aggravation.

être modifié d'une manière quelconque, l'assuré doit en donner avis spécial à la compagnie, sous peine des sanctions prévues aux art. 21 et 22 de la loi du 13 juillet 1930 ». (Article 11, premier alinéa, de la police individuelle de *La Concorde*).

Enfin, nous ne pensons pas comme le font MM. Ancey et Sicot ¹, que l'art. 17 puisse se combiner avec l'art. 7 de la loi, et décider qu'en cas de silence prolongé de plus de dix jours de la part de l'assureur, l'assuré serait couvert aux conditions proposées par lui dans sa déclaration d'une aggravation de risque, en accompagnant cette déclaration d'une offre déterminée d'augmentation de prime. Une aggravation de risque ne nous semble pas pouvoir rentrer dans le domaine d'application de l'art. 7, qui parle d'une proposition de... modifier le contrat. » Or, en faisant la déclaration d'une aggravation, l'assuré ne propose pas du tout une modification, c'est une obligation légale qu'il accomplit. Si cette déclaration entraîne par la suite une modification du contrat, cette modification n'est pas moins qu'une conséquence possible de la déclaration. La modification ne forme donc pas l'objet principal de la déclaration, ce n'est pas son but, qui est celui de s'acquitter d'une obligation.

Toutefois, comme on ne peut faire attendre indéfiniment l'assuré, l'assureur en recevant une prime, après avoir été régulièrement avisé d'une aggravation, est censé avoir accepté de couvrir le nouveau risque aux mêmes conditions (art. 17, dernier alinéa).

III. — *Les droits de l'assureur en cas d'aggravation du risque.*

Trois cas peuvent se présenter ici : 1^o l'assuré a fait la déclaration dans les formes et délais requis ; 2^o l'assuré n'a pas fait de déclaration ; 3^o l'assuré a fait la déclaration, mais d'une façon non satisfaisante.

1^o. *L'assuré a fait la déclaration dans les formes et*

1. Ancey et Sicot, *op. cit.*, p. 93.

délais requis. — C'est le seul cas que l'art. 17 ait prévu et réglementé.

L'art. 17 donne à l'assureur le droit d'opter soit pour la résiliation de la police, soit pour sa continuation avec augmentation de prime.

Si l'assureur opte pour la résiliation, il n'aura droit qu'aux primes échues et à la portion de la prime de l'année courante jusqu'au jour de la résiliation. L'art. 17 ne le dit pas, mais les commentateurs de la loi sont d'avis de compléter l'art. 17 sur ce point par l'art. 22¹. Il va de soi qu'on ne pouvait laisser traiter l'assuré plus sévèrement quand il n'a rien à se reprocher (cas de l'art. 17) que lorsqu'il a négligé son devoir de déclaration (cas de l'art. 22), sous réserve, bien entendu, des dommages-intérêts que l'assureur peut réclamer quand l'aggravation est le fait de l'assuré.

La seconde option qui appartient à l'assureur, c'est de proposer la continuation du contrat moyennant un nouveau taux de prime. En ce cas, si l'assuré refuse de payer le complément de prime demandé, il ne reste à l'assureur plus d'autre parti à prendre que de résilier le contrat. Toutefois, pour que ce refus ne soit pas abusif de la part de l'assuré, l'art. 17 réserve à l'assureur le droit de réclamer une indemnité devant les tribunaux si l'aggravation provient du fait de l'assuré. Il serait en effet, contraire à l'équité de laisser l'assuré d'amener la compagnie à la résiliation à la suite d'une aggravation dont il serait lui-même l'auteur.

2°. *L'assuré n'a pas fait de déclaration*². — Quels

1. Ancey et Sicot, *op. cit.*, p. 113. — Capitant, *op. cit.*, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1931, p. 762. — Deschamps, *op. cit.*, p. 225. — Montcharmont, *op. cit.*, p. 91-93. — Trasbot, *S.* 1931.4.16.

2. Ancey et Sicot, *op. cit.*, p. 116-119. — Capitant, *op. cit.*, *Rev. Gén.*

sont les droits de l'assureur ? Comment la loi de 1930 a-t-elle sanctionné l'obligation prévue dans ses art. 15 et 17 relative à l'aggravation de risque. On serait bien embarrassé de le dire, car la loi est muette sur ce point. La plupart des commentaires de la loi estiment cependant qu'il faut appliquer les art. 21 et 22, bien que ces articles ne concernent pas expressément l'aggravation du risque. Avant la loi de 1930, la jurisprudence sanctionnait de la même manière les réticences antérieures à la conclusion du contrat et celles postérieures au contrat. Par analogie, il faut donc conclure que le législateur a entendu traiter sur le même pied les deux catégories de déclarations.

Deux cas doivent être distingués : ou bien l'assuré a omis d'une façon intentionnelle de déclarer l'aggravation du risque, ou bien l'omission de déclaration n'a pas été intentionnelle ; suivant que l'on se trouve dans l'un ou l'autre cas, c'est l'art. 21 ou 22 qui s'applique.

a. — L'omission de déclaration a été intentionnelle. Quoique cela ne soit pas toujours nécessairement ainsi, l'aggravation proviendra, dans ce cas, la plupart du temps d'un fait de l'assuré, car il sera difficile d'établir la mauvaise foi de l'assuré dans le cas contraire. Mais, nous le répétons, il n'est pas du tout nécessaire que l'aggravation provienne d'un fait de l'assuré ; même si c'est le fait d'un tiers, l'art. 21 s'appliquera du moment que la mauvaise foi de l'assuré aura été établie.

Lorsque la mauvaise foi de l'assuré sera donc établie, par application de l'art. 21, l'assuré encourra la nullité du contrat tout entier, avec attribution à l'assureur des

primes échues y compris celles qui n'ont pas encore été payées. Dire qu'il y a nullité du contrat n'est pas logique il y a plus exactement résiliation du contrat. D'autre part, comme MM. Montcharmont et Deschamps, qui ne font d'ailleurs qu'adopter sur ce point l'opinion de M. Hugueney, nous pensons qu'on se trouve avec l'attribution des primes à l'assureur bien plutôt en présence d'une peine privée spéciale au contrat d'assurance que des dommages-intérêts, comme le fait la loi. Il y aura, en effet, dans la plupart des cas, une disproportion notable entre l'indemnité forfaitaire et le préjudice réellement subi par l'assureur.

Les exemples de jurisprudence en ce qui concerne l'aggravation de risque, en matière d'assurance individuelle, ne manquent pas, aussi bien avant la loi de 1930 qu'après la promulgation de celle-ci.

Il a été jugé ainsi, que si l'assuré individuel change de profession et si la nouvelle profession est plus dangereuse au point de vue du risque, que l'ancienne, il perd tout droit à la somme assurée, s'il ne fait pas la déclaration préalable de ce changement à son assureur¹. C'est là, en effet, l'application du principe que l'assureur ne saurait être tenu de supporter des risques autres que ceux de la profession déclarée, à moins que les risques de la nouvelle profession soient moins graves que ceux de l'ancienne.

Il en est de même si une personne s'est assurée comme exerçant sa profession en qualité de patron, et que, par la suite, elle l'exerce en qualité d'ouvrier. Il a été jugé

1. C. Aix, 4 mai 1931, *Rec. Pér. Ass.*, 1931, p. 431 ; Trib. civ. La Roche-sur-Yon, 3 déc. 1930, *Rec. Pér. Ass.* 1931, p. 54 ; C. Dijon, 3 janv. 1931, *Rec. Pér. Ass.*, 1931, p. 58 ; Trib. civ. Caen, 31 oct. 1928, *Rec. Pér. Ass.*, 1928, p. 430 ; C. Caen, 9 mars 1925, *Rec. Pér. Ass.*, 1927, p. 204, C. Amiens 18 oct. 1916, *Rec. Pér. Ass.*, 1917, p. 77.

ainsi que, si un maçon, assuré en qualité de patron, est devenu plus tard ouvrier maçon, le fait de n'avoir pas déclaré ce changement entraînera pour lui, la perte de la somme assurée. Un patron, en effet, demeure libre de travailler aux époques et dans les conditions qui lui plaisent, tandis que l'ouvrier astreint à un travail quotidien et tenu d'accomplir toutes les besognes qui lui sont assignées, est dans une sujétion qui comporte une aggravation du risque¹.

Au contraire, si l'assuré individuel, travaillant en qualité d'ouvrier, change seulement de patron sans changer de profession, aucune déchéance ne peut lui être opposée².

D'autre part, il n'est pas nécessaire que l'aggravation provienne d'un fait de l'assuré; elle peut provenir du fait d'un tiers ou être due à une maladie indépendante de la volonté de l'assuré.

Il a été jugé ainsi que les ayants droit d'un assuré individuel n'avaient pas droit à la somme assurée dans le cas où ce dernier avait omis de déclarer qu'à l'usine, où il travaillait comme contremaître, le moteur à vapeur a été remplacé par une installation électrique, alors que c'est en manipulant les appareils de transformation de l'énergie électrique qu'il a été tué³.

Il en serait de même de l'assuré, qui, à la suite d'une maladie grave resterait atteint d'un état physique déficient présentant un caractère permanent, si ce nouvel état du risque n'a intentionnellement pas été porté à la connaissance de l'assureur.

1. Trib. civ. Vienne, 5 nov. 1932, *Rec. Pér. Ass.*, 1932, p. 425.

2. Req. 20 juillet 1926, S. 1926.1.312.

3. C. Toulouse, 8 déc. 1913, *Rec. Pér. Ass.*, 1914, p. 58.

b. — L'omission de déclaration n'a pas été intentionnelle. C'est l'art. 22 qui s'appliquera.

Presque toujours la non déclaration d'une aggravation de risque sera découverte seulement après sinistre. Il y aura alors réduction de l'indemnité dans la « proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés ». A notre connaissance, il n'existe pas encore de jurisprudence sur ce point en matière d'assurance individuelle.

Si la déclaration de l'aggravation de risque est découverte avant tout sinistre, ce qui est le cas le moins fréquent, l'art. 22 donne à l'assureur le droit soit de maintenir la police en demandant une augmentation de prime correspondante, soit de résilier la police, résiliation qui doit intervenir par lettre recommandée et ne produira effet que dix jours après l'envoi de celle-ci ; enfin, dans ce dernier cas, l'assureur devra restituer la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où l'assureur opte pour le maintien de la police et que l'assuré est d'accord de payer une prime plus forte, le supplément de prime est dû à partir du moment où le risque a été aggravé.

Enfin, on doit admettre que, si l'assuré refusait abusivement le nouveau taux proposé, alors que l'aggravation découverte serait son fait, l'assureur pourrait lui réclamer une indemnité devant les tribunaux. L'art. 22 n'en parle pas, mais cette solution nous semble résulter de l'art. 17, par analogie. Du moment que l'assureur a ce droit alors que l'assuré a satisfait à son devoir

de déclaration, à *fortiori* doit-on le lui donner quand l'assuré n'a pas fait cette déclaration.

3°. — *L'assuré a fait la déclaration, mais d'une façon non satisfaisante.*

Il arrive d'abord que l'assuré tarde avec sa déclaration et ne la fait qu'une fois que les délais légaux sont déjà expirés. Quelle sanction lui appliquera-t-on. M. Trasbot écrit, à ce sujet, qu'on pourrait « soutenir que si la déclaration est régulière, l'assuré est couvert jusqu'à une solution définitive et qu'il ne l'est pas dans le cas contraire »¹. Nous ne nous joignons pas à cette opinion. Au contraire, nous estimons que ce cas doit être assimilé à celui où l'aggravation est découverte avant sinistre. Le fait que l'assuré a fait une déclaration même tardivement, prouve suffisamment qu'il est de bonne foi. L'assureur peut donc soit maintenir le contrat en demandant une augmentation de prime, soit résilier. D'autre part, si un sinistre survient après la déclaration tardive, mais avant qu'une solution définitive soit intervenue, c'est-à-dire soit avant la régularisation de la situation de l'assuré par avenant, soit avant l'expiration du délai de résiliation de dix jours, l'assureur est tenu de verser une indemnité proportionnelle. Il ne peut être tenu à plus ; n'ayant touché qu'une prime réduite, ce n'est qu'une indemnité réduite qu'il doit.

Il peut se faire, en second lieu, que l'assuré a bien fait sa déclaration dans les délais, mais sous une forme irrégulière. Par exemple, l'assuré n'a fait qu'une déclaration verbale à l'agent de la compagnie au lieu d'une déclaration par lettre recommandée. Y a-t-il là une cause de déchéance pour lui, alors même qu'il serait capable

1. Trasbot, S. 1931.4.16 (1^{re} colonne).

de rapporter la preuve de cette déclaration par voie testimoniale ? Certainement. L'art. 17, qui est d'ordre public, n'admet l'efficacité d'une déclaration autre que la lettre recommandée que dans un cas, celui où, après avoir été informé de l'aggravation de quelque manière que ce soit, l'assureur a continué à recevoir des primes ou a payé l'indemnité relative à un sinistre¹. Toutes les polices individuelles spécifient d'ailleurs que toute modification du contrat, quelle qu'elle soit, doit être portée à la connaissance de la compagnie par lettre recommandée.

Parfois, enfin, l'assuré aura déclaré l'aggravation dans les conditions de forme et de délais exigées par la loi, mais l'enquête consécutive montre que sa déclaration contient des inexactitudes ou même des erreurs volontaires. Comme M. Trasbot, nous pensons qu'il y aura lieu d'appliquer les art. 21 et 22, comme en cas de défaut de déclaration d'une aggravation de risque.

1. Nîmes, 6 nov. 1933, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1934, p. 164, et la note de M. Picard.

CHAPITRE III

LES OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ AU MOMENT DU SINISTRE.

Les obligations de l'assuré au moment du sinistre sont au nombre de trois ; la première seulement en est légale ; la seconde, jurisprudentielle et conventionnelle ; la troisième, simplement conventionnelle. Un paragraphe sera consacré à chacune de ces obligations. D'où :

§ 1. — Première obligation : Déclarer le sinistre dans le délai imparti.

§ 2. — Deuxième obligation : Faire la preuve de l'accident.

§ 3. — Troisième obligation : Faire tout ce qui est possible pour amener une prompte guérison et tenir l'assureur au courant de son état.

§ 1

*Première obligation : Déclarer le sinistre dans le délai imparti*¹

L'assuré qui a été victime d'un accident et qui veut bénéficier de la garantie de sa police individuelle, doit forcément porter celui-ci à la connaissance de son

1. Ancey et Sicot, *op. cit.* — Capitant, *op. cit.*, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1930, p. 763. — Godart et Perraud-Charmantier, *op. cit.*, p. 109-110. — Sumien, *op. cit.*, p. 61-65.

assureur. Cette déclaration doit être faite, d'après l'art. 15, § 4 de la loi du 13 juillet 1930¹, dans les cinq jours, à peine de déchéance de garantie, à moins que l'assuré ait été mis par suite d'un cas fortuit ou de force majeure dans l'impossibilité de le faire dans ce délai (l'avant-dernier alinéa du même article)².

Ce délai de cinq jours ne saurait être réduit, par convention contraire. La règle édictée par l'art. 15, relativement à cette obligation, est d'ordre public comme toutes les règles contenues dans cet article. Toutefois, si ce délai ne peut être réduit, il peut être prolongé en faveur de l'assuré d'un commun accord entre les parties.

Cette réglementation s'imposait. Avant la loi de 1930, les délais prévus par les polices individuelles étaient trop courts, puisque c'étaient généralement des délais de 48 heures ou de 3 jours. Ces délais devaient être observés ; la Cour de cassation a eu plus d'une fois l'occasion de se prononcer à ce sujet, lorsque des tribunaux civils ou des Cours d'appel ont cru pouvoir passer outre, sous prétexte d'interprétation. Jamais la Cour suprême n'a manqué de casser ces jugements ou arrêts pour violation de l'art. 1134 du Code civil³.

Il a été jugé ainsi, que doit être déclaré déchu le bénéficiaire d'une police d'assurance individuelle qui n'a déclaré l'accident que plusieurs mois après l'événement alors que le décès de l'assuré, en l'espèce sa femme, s'il a influé sur son état physique et moral, ne l'a cependant

1. Comp. § 33 loi allem. du 30 mai 1908 et art. 38 à 40 de la loi suisse du 2 avril 1908.

2. Ce n'est pas là une innovation, l'art. 29 al. 2 du décret du 8 mars 1922 contenait déjà textuellement la même décision. V. aussi § 6 loi allem. du 30 mai 1908.

3. Cass. civ. 12 fév. 1900, *Rec. Pér. Ass.*, 1900, p. 299 ; Cass. civ. 27 janv. 1925, *Rev. Pér. Ass.*, 1925, p. 57 ; Cass. civ. 29 mai 1933, *Rec. Pér. Ass.*, 1933, p. 221.

pas mis dans l'impossibilité absolue de vaquer à ses occupations et, partant, de faire la déclaration¹.

N'est pas non plus assimilable à la force majeure l'ignorance chez le bénéficiaire de la police, de l'existence de l'assurance contractée à son profit parce qu'il était loisible au souscripteur de la lui révéler ; en ne le faisant pas, il a commis une imprudence dont le bénéficiaire doit supporter les conséquences².

* * *

En quoi consiste cette déclaration ?

« La déclaration devra contenir les détails circonstanciés et précis concernant le sinistre, mentionner les noms et domiciles des témoins, de l'autorité qui a pu intervenir, le tout accompagné d'un certificat du médecin appelé à donner les premiers soins, certificat relatant les causes et la nature des lésions ou blessures et leurs conséquences probables »³.

En résumé, la déclaration se compose presque toujours, de deux pièces : 1^o d'un exposé des causes et circonstances de l'accident avec mention des témoins et de l'autorité qui a pu intervenir ; 2^o du certificat médical de première constatation.

A peu près toutes les compagnies exigent que ces pièces, de même que les dépositions de témoins produites, soient légalisées, afin d'en assurer l'authenticité, mais

1. Trib. civ. Lyon, 14 oct. 1931, *Rec. Pér. Ass.*, 1931, p. 449. — V. aussi C. Aix, 10 juin 1929, *Rec. Pér. Ass.*, 1929, p. 348 ; C. Bordeaux, 14 mai 1917, *Rec. Pér. Ass.*, 1918, p. 165.

2. Trib. civ. Toulouse, 10 avril 1913, *Rec. Pér. Ass.*, 1913, p. 374 ; C. Bordeaux, 5 août 1907, *Rec. Pér. Ass.*, 1907, p. 291 ; Cass. civ. 12 fév. 1900, *Rec. Pér. Ass.*, 1900, p. 299 ; C. Lyon, 2 déc. 1885, *Rec. Pér. Ass.*, 1886, p. 121.

3. Art. 7 al. 2 de la police individuelle du *Phénix*.

cette prescription n'est presque jamais observée en pratique.

L'utilité de cette déclaration se comprend d'elle-même. Elle permet à l'assureur de faire faire sur place, par ses agents ou inspecteurs, les constatations utiles relativement à l'accident déclaré. Elle lui permet aussi de faire contrevisiter un assuré chez qui elle soupçonne une simulation d'accident.

§ 2

Deuxième obligation : Faire la preuve de l'accident¹.

C'est là une règle consacrée par la jurisprudence et les conditions générales des polices, qu'en assurance individuelle, la preuve de l'accident incombe à l'assuré ou au bénéficiaire ; c'est en même temps, une différence que présente l'assurance individuelle avec l'assurance sur la vie, dans laquelle cette preuve incombe à l'assureur et est, par conséquent, de caractère négatif².

Les polices de la plupart des compagnies contiennent dans leurs conditions générales, une clause spécifiant que : « Dans tous les cas, le contractant, l'assuré ou les ayants-droit, sont tenus de faire la preuve que la mort, l'infirmité ou l'incapacité temporaire sont le résultat direct et immédiat des accidents garantis par la présente police »³.

1. C. Douai, 8 juin 1903, *Rec. Pér. Ass.*, 1906, p. 25 ; Cass. civ. 10 janv. 1906, *P.F.*, 1906.1.183 et la note de M. Lefort ; voir pour le même arrêt et le rapport du conseiller Dupont, *Rec. Pér. Ass.*, 1906, p. 22 ; C. Grenoble, 30 janv. 1906, *Rec. Pér. Ass.*, 1906, p. 696 ; C. Douai, 25 févr. 1907, *Rec. Pér. Ass.*, 1907, p. 397 ; Trib. com. St-Quentin, 22 novembre 1927, *Rec. Pér. Ass.*, 1927, p. 407 ; C. Lyon, 9 mai 1928, *Rec. Pér. Ass.*, 1928, p. 305 ; C. Douai, 24 juillet 1930, *Rev. Gén. Ass. Rerr.*, 1932, p. 115 ; Trib. civ. Seine, 4 févr. 1932, *Rec. Pér. Ass.*, 1933, p. 263 ; Trib. civ. Draguignan, 15 juill. 1932, *Rec. Pér. Ass.*, 1933, p. 237. — Comp. § 34 de la loi allemande du 30 mai 1908.

2. Voir p. 58.

3. Art. 10, dern. al. de la police individuelle de l'Abeille.

Même si la police ne contient pas cette clause, la jurisprudence n'en estime pas moins que la preuve de l'accident, en matière d'assurance individuelle, incombe à l'assuré ou au bénéficiaire. Ce n'est pas autre chose, en effet, que l'application pure et simple d'un grand principe général de droit, formulé par l'art. 1315 du Code civil aux termes duquel celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver.

La nature particulière de l'assurance individuelle empêche que l'on puisse maintenir l'assimilation proposée parfois avec ce qui se passe en matière d'assurance sur la vie, et avec la jurisprudence constante, consacrée par la loi du 13 juillet 1930, qui met la preuve du suicide à la charge de l'assureur¹. On peut aussi se demander comment un assureur pourrait parvenir à relever les circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit, si le bénéficiaire n'avait à prouver que la matérialité des conséquences assignées à l'accident et non l'accident lui-même ? C'est pourquoi la jurisprudence décide que le bénéficiaire ne saurait, pour se soustraire à l'obligation de rapporter cette preuve, invoquer l'art. 62 de la loi du 13 juillet 1930 aux termes duquel la preuve du suicide incombe à l'assureur. Cette disposition spéciale à l'assurance sur la vie, est inapplicable à l'assurance contre les accidents².

C'est une double preuve que l'assuré ou le bénéficiaire doit rapporter ; ils ont à prouver : 1^o que la lésion corporelle ayant entraîné la mort, l'infirmité ou l'incapacité temporaire de l'assuré, a pour cause un accident ;³

1. Voir la note de M. Lefort, sous Cass. civ. 10 janv. 1906, *P.F.*, 1906.1.183.

2. Trib. civ. Draguignan, 15 juillet 1932, *Rec. Pér. Ass.*, 1933, p. 237.

3. L'étude détaillée de ce qu'on entend par *accident* sera faite ultérieurement. Voir p. 161.

2^o que l'accident est survenu dans les conditions énoncées par la police¹.

Notamment, en cas de mort de l'assuré, ses ayants droit doivent prouver que la mort est due à un accident c'est-à-dire à un événement fortuit et indépendant de la volonté de l'assuré ; ils doivent prouver, en outre, que cet accident entre bien par ses causes et circonstances dans la garantie prévue à la police.

Mais si cette preuve incombe aux ayants droit à la veuve par exemple, elle peut résulter de présomption graves, précises et concordantes, sur lesquelles le tribunal a le pouvoir absolu de fonder sa conviction.

Il arrive parfois qu'il est difficile d'apprécier si la mort de l'assuré est due à un suicide ou à un accident. Ainsi, par exemple, en cas d'une immersion : y a-t-il eu accident provenant d'une cause fortuite et involontaire ? — y a-t-il eu suicide ? Que fera le juge ? Il ne lui restera qu'à recourir aux présomptions sur les circonstances probables de la mort de l'assuré et de les apprécier d'une manière souveraine.

Il a été jugé ainsi que lorsque la veuve d'une assuré individuel est tenue de démontrer que le décès de son mari a eu pour cause un acte involontaire, et n'est pas une conséquence de l'ivresse ou d'une tentative de suicide, on ne peut pas exiger d'elle qu'elle rapporte la preuve directe d'un accident qui n'a pas eu de témoins². Dans son arrêt du 24 juillet 1930, la Cour de Douai dit, en effet : « Attendu, que la veuve V., est tenue de démontrer que le décès de son mari a eu pour cause un acte invo-

1. Voir la note 2 de la page précédente.

2. C. Douai, 24 juillet 1930, *Rev. Gén. Ass., Terr.*, 1932, p. 115. Voir dans le même sens, Trib. comm. St-Quentin, 22 nov. 1927, *Rec. Pér. Ass.*, 1927, p. 407.

lontaire, mais qu'on ne peut exiger d'elle qu'elle rapporte la preuve directe d'un accident qui n'a pas eu de témoins ; qu'il suffit, en conséquence, que les constatations matérielles concordent avec ses allégations et qu'aucune circonstance de fait ne vienne les démentir ». La Cour ne nie pas que le bénéficiaire de l'assurance devait apporter la preuve du caractère accidentel du décès de l'assuré ; elle affirme simplement que cette preuve pouvait résulter des circonstances de fait et qu'elle a été administrée dans l'espèce.

Par un arrêt de la Chambre civile du 21 février 1933, la Cour de cassation, se prononçant dans une affaire semblable (immersion complète au cours d'un bain), a approuvé cette jurisprudence¹.

La preuve judiciaire se ramène, en effet, à une simple probabilité. Le demandeur doit créer à son profit une apparence, et lorsque cette apparence est créée, c'est au défendeur qu'il incombe de la détruire.

Au contraire, lorsque les circonstances de fait militent plutôt en faveur d'un décès par congestion et qu'il ne peut être établi que l'immersion provient d'une cause fortuite, violente, extérieure et involontaire, mais est due plutôt à une cause interne, il faut décider que c'est à juste raison que l'assureur refuse, dans ce cas, le paiement de la somme assurée qu'on lui réclame .



Comme conséquence de cette obligation de l'assuré, et pour permettre à l'assureur de contester le caractère

1. Cass. civ. 21 février 1933, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1933, p. 613 et la note de M. Picard.

2. Trib. civ. Marennes, 13 mars 1934, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1934, p. 862 et la note de M. Picard.

accidentel de la cause de la lésion corporelle, un droit de contrôle très étendu est réservé aux compagnies par les polices.

C'est ainsi que les inspecteurs et agents de la compagnie doivent toujours avoir un libre accès auprès de l'assuré accidenté et tout refus de se conformer à cette obligation entraîne déchéance de garantie.

De même, les médecins de la compagnie, doivent en tout temps pouvoir contrevisiter l'assuré, afin de se rendre compte de la nature réelle des lésions.

Pour la même raison, l'assureur a le droit de réclamer l'autopsie de l'assuré, en cas de mort accidentelle de celui-ci¹.

§ 3

Troisième obligation : Faire tout ce qui est possible pour amener une prompte guérison et tenir l'assureur au courant de son état.

I. *L'assuré accidenté doit faire tout ce qui est possible pour amener une prompte guérison.* Cette obligation se trouvait dans le projet de 1904 qui la formulait ainsi : « De faire tout ce qui dépend de lui pour éviter la réalisation du risque ou *pour diminuer les conséquences dommageables du sinistre* ». La loi du 13 juillet 1930 n'a pas reproduit ni la première ni la seconde partie de cette formule. Cependant, en ce qui concerne la seconde partie, qui seule, nous intéresse en ce moment, la police pourrait imposer à l'assuré l'obligation qu'elle contient.

La loi allemande sur le contrat d'assurance est beau-

1. Hagen, *op. cit.*, p. 567.

coup plus complète à cet égard. Le § 62 édicte cette obligation en ce qui concerne les assurances de dommages et le § 183 la répète pour l'assurance contre les accidents ; voici ses termes :

« Le preneur d'assurance est tenu de prendre les mesures nécessaires pour éviter et atténuer autant que possible les suites de l'accident ; il doit, à cet égard, suivre les instructions de l'assureur en tant qu'il n'est pas exigé de lui quelque chose d'injuste. L'assureur ne peut pas se prévaloir de la clause d'une convention modifiant cette disposition au détriment du preneur d'assurance ».

Mais si notre loi est muette à ce sujet, nos compagnies n'ont pas manqué d'inscrire cette obligation dans leurs polices individuelles.

« L'assuré ou ses ayants droit devront, en cas de sinistre, avoir immédiatement recours à des soins médicaux et généralement faire le possible pour la conservation et le rétablissement du sinistré »¹.

Très souvent, l'obligation d'avoir recours aux soins médicaux se trouve formulée indirectement en exigeant, avec la déclaration du sinistre dans le délai imparti, la production d'un certificat médical constatant les conséquences corporelles de l'accident.

Or, si avant la loi de 1930, nos polices exigeaient généralement que la déclaration soit faite dans les quarante-huit heures ou dans les trois jours, ce délai a été porté par la loi à cinq jours, ce qui semble être un peu long pour l'examen médical des conséquences d'un accident². On

1. Art. 11 al. 6 de la police individuelle de la *Concorde*. Dans le même sens, art. 7, al. 5 du *Phénix*.

2. § 9 N° 2 des Conditions générales de la police-type allemande : l'assuré est tenu de se soumettre à une visite médicale, au plus tard, le deuxième jour après l'accident.

n'ignore pas, en effet, qu'il y a des lésions dont l'évolution extrêmement rapide peut entraîner dans un délai très court, des complications graves ou même la mort du blessé.

On peut donc se demander, si l'assureur a le droit d'exiger que l'assuré se soumette à un examen médical dans un délai plus court que celui imparté par la loi pour la déclaration du sinistre ? Pour nous, aucun doute ne peut exister sur ce point : l'art. 15, § 4 ne concerne que la déclaration proprement dite du sinistre et, comme toute disposition d'ordre public, ne saurait être étendu par interprétation au delà de ses limites légales.

Se soumettre à des soins médicaux, ne veut pas dire seulement se rendre chez le médecin ou recevoir sa visite pour se faire soigner, mais aussi, suivre le traitement médical prescrit. Ainsi, par exemple, un assuré à qui le médecin a prescrit un repos absolu et qu'un inspecteur de la compagnie découvrirait en train de travailler (ce qui pourrait avoir comme suites une aggravation de l'état des blessures et prolonger de la sorte l'incapacité de travail), serait inévitablement déchu de la garantie de son assureur.

Une autre conséquence de cette obligation, c'est le droit de l'assureur de demander à l'assuré de se soumettre à une opération qui doit soit amener la guérison, soit diminuer le degré d'infirmité dont l'assuré devra rester atteint selon les prévisions médicales¹. Naturellement, l'assuré peut se refuser à se soumettre à cette opération, c'est son droit de disposer de son corps comme il entend. Mais si cette opération devait amener la guérison complète ou entraîner une diminution

1. *Hagen, op. cit.*, p. 564-567.

notable du degré d'infirmité, et que, de l'avis des médecins, elle ne présente aucun danger pour la vie de l'assuré, l'assureur aura le droit de n'offrir à l'assuré que l'allocation journalière, dans le premier cas, ou une somme proportionnelle correspondante au degré d'infirmité que l'assuré présenterait après l'opération, dans le second cas.

II. *L'assuré doit tenir l'assureur au courant de son état consécutif à un accident.*

Pour permettre à la compagnie d'exercer son droit de contrôle, l'assuré est obligé de la tenir au courant de son état consécutif à l'accident.

Il arrive parfois que l'incapacité de travail de l'assuré est beaucoup plus fictive que réelle et qu'avec une blessure insignifiante, qui ne l'empêche pas de vaquer à ses occupations habituelles, l'assuré fait croire à une longue indisponibilité.

Pour mettre fin à de tels abus, les compagnies exigent qu'à l'expiration du délai d'incapacité de travail prévu par le certificat de première constatation et, au plus tard dans les quarante-huit heures ou trois jours à compter de ce moment, l'assuré qui ne se sent pas guéri, se fasse délivrer un nouveau certificat constatant son état actuel et prolongeant la durée primitivement prévue d'un nouveau délai.

Le défaut de production de ce certificat de prolongation est sanctionné par l'arrêt de l'allocation journalière à l'expiration du délai primitivement prévu¹.

Cette clause de déchéance partielle est tout à fait légitime et doit être observée par application de l'art. 1134 du Code civil.

1. Art. 13, al. 2, de la police individuelle du *Patrimoine*.

Titre IV

Le paiement de la somme assurée

Nous avons à examiner maintenant les obligations de l'assureur, elles se résument, en réalité, en une seule : celle de payer la somme assurée en cas d'accident, ayant entraîné des lésions corporelles pour l'assuré ; mais, parfois à cette obligation s'en ajoute une autre, qui est le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques.

Nous nous demanderons d'abord : quelles sont les conditions pour avoir droit à la somme assurée ? Puis, comment la somme assurée est fixée et payée ? Qui est le bénéficiaire de la somme assurée ? Enfin, en quoi consiste la garantie des frais médicaux et pharmaceutiques ?

Ce titre comportera donc quatre chapitres :

Chapitre I. — Les conditions requises pour avoir droit à la somme assurée.

Chapitre II. — La fixation et le paiement de la somme assurée.

Chapitre III. — Le bénéficiaire de la somme assurée et ses droits.

Chapitre IV. — La garantie des frais médicaux et pharmaceutiques.

CHAPITRE I

LES CONDITIONS REQUISES POUR AVOIR DROIT A LA SOMME ASSURÉE

Ces conditions sont au nombre de deux : 1° il faut **un** accident corporel ; 2° il faut que cet accident soit **garanti** par la police. Mais avant de passer à l'étude de ces deux conditions, nous verrons ce qu'est la somme assurée dans l'assurance individuelle. D'où, trois paragraphes :

§ 1. — La somme assurée.

§ 2. — Qu'entend-on par accident ?

§ 3. — La nécessité d'un accident garanti.

§ 1

La somme assurée

On appelle *somme assurée*, la prestation due par l'assureur en cas d'accident corporel de l'assuré. La somme assurée constitue donc la contre-partie de la prime payée par l'assuré, et, avec cette dernière et le risque un des trois éléments essentiels de l'assurance individuelle.

La somme assurée, dont les limites sont fixées par la police (art. 54, Loi 13 juillet 1930), est fixe ou variable en notre matière. Elle est fixe, au cas où l'accident aurait entraîné la mort ou l'incapacité permanente totale de l'assuré ; elle est variable, selon le degré d'in-

firmité, lorsque l'accident n'a entraîné qu'une incapacité permanente partielle, ou suivant la durée de l'incapacité temporaire, si l'accident n'a eu pour conséquence que cette dernière.

Il est d'usage dans les compagnies d'établir un certain rapport entre les sommes assurées pour les différents cas d'accidents. Ainsi, le rapport de 0 fr. 25 pour mille francs du total des capitaux assurés pour le cas de mort et d'infirmité totale, est généralement accepté par presque tous les compagnies exerçant en France¹. Toutefois, cette règle qui s'applique surtout à des combinaisons courantes entre 10.000 - 10.000 - 5 et 100.000 - 100.000 - 50, est écartée pour des combinaisons supérieures ou inférieures à celles-ci.

D'après les conditions courantes actuellement existant, une assurance individuelle peut être contractée :

En cas de mort, pour un capital de 5.000 francs, au minimum, et de 300.000 francs au maximum ;

En cas d'infirmité, pour un capital de 10.000 francs, au minimum, et de 300.000 francs au maximum.

En cas d'incapacité temporaire de travail, pour une allocation quotidienne de 5 francs au minimum, et de 50 francs au maximum.

Dans le cas où ces maxima seraient jugés insuffisants par une personne désireuse de s'assurer, les agents sont invités à demander des instructions spéciales à la direction de la compagnie.

Si une personne veut s'assurer pour des capitaux supérieurs à ceux limitativement fixés par les statuts de la

1. Exemples :

Mort :	Infirmité	Incapacité temporaire
50.000	50.000	25
5.000	15.000	5
—	20.000	5

compagnie¹, celle-ci est obligée de souscrire une réassurance pour l'excédent de ces capitaux².

Par crainte d'escroquerie ou d'abus, les compagnies recommandent à leurs agents de ne proposer et de n'accepter que des chiffres de sommes assurées en rapport avec le produit moyen annuel que la personne assurée retire de son industrie, de son emploi ou de son métier, d'après les bases suivantes :

En cas de mort ou d'infirmité, un capital variant entre trois et cinq fois le gain annuel ; en cas d'incapacité temporaire une allocation quotidienne ne dépassant pas la moitié du gain moyen d'un jour.

* * *

L'assurance individuelle comprend six combinaisons distinctes suivant qu'elle porte sur :

- | | | |
|------|---|--|
| I. | la mort seule | |
| II. | l'infirmité seule | |
| III. | la mort et l'infirmité | |
| IV. | la mort et l'incapacité temporaire | |
| V. | l'infirmité et l'incapacité temporaire | |
| VI. | <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="font-size: 3em; vertical-align: middle; margin-right: 5px;">{</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> la mort
l'infirmité
l'incapacité temporaire </div> </div> | <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="font-size: 3em; vertical-align: middle; margin-right: 5px;">}</div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> combinaison
la plus fréquente. </div> </div> |

Il n'est pas admis d'assurance pour le cas seul d'incapacité temporaire de travail. D'autre part, l'assurance individuelle pour le seul cas de mort est rare.

1. 500.000 francs pour la plupart des compagnies.

2. On appelle réassurance l'opération qui intervient entre une compagnie d'assurances et l'une de ses concurrentes, et par laquelle celle-ci moyennant l'abandon qui lui est fait par la première d'une partie des primes perçues, s'engage à supporter avec elle, et dans la proportion convenue, le risque assuré par la première.

V. Sumien, *op. cit.*, p. 14-16. — Hatté, *op. cit.*, 157-159.



Si avant le remaniement des conditions générales de leurs polices individuelles qui a suivi la loi du 13 juillet 1930, la plupart des compagnies avaient pour habitude de ne garantir l'allocation quotidienne qu'à compter du quatrième jour suivant celui de l'accident (ce qui représentait une franchise déductive de trois jours), la tendance actuelle est d'accorder cette allocation à partir du lendemain de l'accident. Toutefois, même après ce remaniement qui a suivi la loi sur le contrat d'assurance, certaines compagnies ne font partir l'allocation journalière qu'à compter du onzième jour ou du huitième jour ; ce qui donne une franchise déductive au profit de la compagnie de 10 ou de 7 jours. Il faut reconnaître que c'est là une mesure prudente contre l'abus de petits sinistres pour lesquels l'assuré n'aurait même pas pensé de s'adresser à un médecin s'il n'avait pas souscrit l'assurance.

Lorsque la garantie de la compagnie est limitée aux *seuls cas graves* (mort et infirmité), une réduction de 10 % de la tarification afférente à ces deux risques est généralement appliquée.

Si, dans une police comportant le risque d'incapacité temporaire de travail, il est spécifié que l'allocation journalière n'est payable qu'à partir du vingt-et-unième jour suivant celui de l'accident, une réduction de 15 % est appliquée au taux de prime concernant l'allocation journalière. Cette réduction est portée à 25 % si l'allocation convenue n'est payable qu'à partir du trente-et-unième jour.

Enfin, des franchises conditionnelles de longue durée peuvent être stipulées : 30, 45 ou 90 jours. Dans ce cas,

l'allocation quotidienne, et ceci à compter du lendemain de l'accident, n'est due que si l'incapacité temporaire de travail a dépassé la franchise prévue.

La tendance actuelle est que l'allocation quotidienne est payable indépendamment des sommes assurées en cas de mort, ou d'infirmité ; autrement dit, le cumul de l'allocation quotidienne avec les capitaux assurés devient d'une pratique de plus en plus courante dans les compagnies d'assurances.

§ 2

Qu'entend-on par accident ?

La première condition requise pour avoir droit à une somme assurée quelconque, c'est l'existence d'un accident. Qu'est-ce donc qu'un accident, au sens de l'assurance individuelle ?¹.

En résumant les définitions données du mot *accident* par les polices françaises, on arrive à en formuler une de la manière suivante : Est accident, au sens de l'assu-

1. Hémard, *op. cit.*, t. II, p. 445. — Hatté, *op. cit.*, p. 228. — Bühring-Mertins, *Erläuterungen zu den Unfall-Versicherungsbedingungen*, Stuttgart, 1918, t. I, p. 30. — Schweighäuser, *Zum Begriff des Unfalls*, dans *Zeitschrift für Versicherungswesen*, Berlin, 1919, p. 213, 225. — Pfeiffer, *Zum Begriff des Unfalls in der Unfallversicherung*, dans *Juristische Rundschau für die Privatversicherung*, Berlin, 1927, p. 236. — Vance, *Handbook of the law of Insurance*, St-Paul (Minnesota), 1930, p. 879, 896.

Pour Bruck, *op. cit.*, p. 643-645, pour qu'il y ait accident, il faut qu'il provienne d'une cause soudaine, extérieure et involontaire ; les mêmes éléments sont donnés par Manes, *Versicherungswesen*, t. III, p. 164 et *Versicherungswörterbuch*, p. 1641.

D'après Gerkrath, *Zur Begriffsbestimmung des Unfalls*, dans *Zeitschr. f. d. ges. V.-W.*, 1906, p. 1 et suiv., la cause doit être soudaine, extérieure, violente et provenir du hasard. Ostertag, *op. cit.*, p. 70-72, qui donne les mêmes éléments, ajoute que les polices suisses exigent de plus un lien de cause à effet entre l'accident et la lésion corporelle.

La définition la plus complète est donnée par Hagen, *op. cit.*, p. 508-521 : cause involontaire, soudaine, extérieure, mécanique, ayant eu un effet corporel, ayant produit une lésion corporelle qui soit médicalement constatable.

rance individuelle, toute lésion corporelle pouvant atteindre l'assuré et provenant d'une cause violente, soudaine, extérieure et indépendante de sa volonté.

L'existence d'une *lésion corporelle* est, par conséquent, la première condition exigée, pour qu'il y ait accident. S'il n'y a eu aucune lésion corporelle, et Hagen ajoute (voir note 1 de la page précédente), « médicalement constatable », on ne peut parler d'accident. Un événement, même violent, soudain, extérieur et indépendant de la volonté de l'assuré, qui n'aurait entraîné que des effets purement psychiques ne saurait être qualifié d'accident.

D'autre part, cette lésion doit provenir d'une cause *violente* ; Hagen dit d'une cause mécanique¹ par opposition à une cause psychique (par exemple réception d'une dépêche annonçant une nouvelle tragique). Si l'assuré perd la raison et reste atteint d'aliénation mentale à la suite d'une nouvelle désastreuse qu'il vient d'apprendre, il n'y a pas accident au sens de l'assurance individuelle.

La cause, qui se trouve à l'origine de la lésion corporelle, doit être, de plus *soudaine*. N'est pas considérée comme accident la lésion corporelle qui s'est formée petit à petit, par suite d'une action lente et répétée que l'assuré aurait pu faire cesser par un acte de sa volonté. Ainsi ne sont pas garanties les conséquences d'ampoules ou de durillons crevés, de brûlures aux mains provenant de projection d'engrais, etc.

La cause de la lésion corporelle doit être aussi *extérieure*, par opposition à une cause intérieure et spontanée qui se développe au sein d'un organisme, ainsi que cela se passe d'habitude en cas de maladie. C'est pour

1. Hagen, *op. cit.*, p. 519.

cette raison qu'on voit la plupart des compagnies, exclure de leur garantie les conséquences de hernies, de lumbagos ou de ruptures musculaires provenant à la suite d'un effort de l'assuré.

Enfin, la cause de la lésion corporelle doit être *indépendante de la volonté de l'assuré*. C'est là une condition essentielle pour que l'événement invoqué par l'assuré ou son bénéficiaire, puisse être qualifié d'accident.

Mais, si l'accident doit être involontaire de la part de l'assuré, on ne saurait exiger qu'il soit étranger à toute faute.

La jurisprudence et la doctrine ont pendant longtemps fait une distinction entre la faute légère et la faute lourde ; seule la première pouvait être couverte par l'assurance¹ ; c'était l'application du vieil adage *culpa lata dolo aequiparatur*. Et on décidait que s'il est permis de s'assurer contre les conséquences de sa faute lourde, il est interdit de faire une convention ayant pour objet d'exonérer l'assuré de sa faute lourde². « L'ordre public, disait la Cour de cassation, s'oppose à la validité d'un tel acte ».

Si l'art. 20 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail laissait déjà supposer la possibilité de l'assurance de la faute lourde du patron, le projet de 1904 sur le contrat d'assurance contenait encore l'interdiction de l'assurance de la faute inexcusable autant que de celle de la faute intentionnelle. Il semble d'ailleurs que cette notion de faute inexcusable, dont parle le projet, ait été empruntée à la loi déjà citée de 1898.

Cependant, petit à petit, sous la poussée du besoin de sécurité, la jurisprudence avait été amenée à admettre

1. Quenault, *Traité des Assurances Terrestres*, 1828, p. 50.

2. Cass. civ., 15 mars 1876, D., 1876.1.449 ; S., 1876.1.337, note de Labbé.

l'assurance de la faute lourde des préposés et celle de la faute lourde dans l'assurance de responsabilité.

D'autre part, on avait à juste raison, fait observer que l'introduction en matière d'assurance d'une notion encore mal dégagée comme celle de la faute inexcusable n'allait pas sans inconvénients. Le projet de 1920 avait tenu compte de cette critique et il ne visait plus que la faute intentionnelle de l'assuré. Le projet de 1925, devenu la loi du 13 juillet 1930, a fait de même¹.

Devançant ainsi la jurisprudence qui, tôt ou tard, aurait abouti d'ailleurs au même résultat, l'art. 12 de la loi de 1930, se conformant sur ce point aux lois étrangères², décide que l'assureur répond de pertes et dommages causés par la faute même lourde de l'assuré.

Si l'assureur est garant des cas fortuits et des fautes de l'assuré, il peut cependant procéder à des exclusions conventionnelles. L'art. 12 dit, en effet, que « les pertes et les dommages occasionnés par des cas fortuits ou causés par la faute de l'assuré sont à la charge de l'assureur, sauf exclusion formelle et limitée contenue dans la police ». L'assureur pourra donc exclure tel cas fortuit ; par exemple, les accidents pouvant survenir en dehors des limites géographiques fixées par la police. Il pourra exclure telle faute ou telle catégorie de fautes ; par exemple, l'incapacité de travail ou la mort à la suite d'un duel ou encore les accidents provenant d'une faute lourde. Toutefois, l'exclusion doit être formelle et limitée. Le législateur a voulu interdire ainsi certaines clauses de polices qui, sous couleur d'exclusion de certaines fautes, aboutissaient à la négation de l'assurance.

1. *J. Off.*, 1926, Ch. des Députés, *Doc Parl.*, n° 3316, p. 1163 et 1164.

2. Art. 14 de la loi suisse ; §§ 152 et 181 de la loi allemande.

Après avoir donné cette définition de l'accident, définition dont nous venons d'exposer les détails, les polices ajoutent, pour bien préciser et limiter la garantie, que sont également compris dans celle-ci : les cas de rage et de charbon, à la condition expresse qu'ils soient consécutifs à des morsures d'animaux ou à des piqûres d'insectes, l'asphyxie involontaire par inhalation de gaz ou de vapeurs délétères, l'électrocution, le cas de mort immédiate résultant d'une chute involontaire dans l'eau ainsi que les attentats contre la personne assurée et les accidents survenus au cours de tentatives de sauvetage de personnes ou de biens, et enfin, mais pour les praticiens seulement, les suites d'inoculations infectieuses ou de piqûres résultant d'opérations chirurgicales, d'autopsies ou de travaux de dissection.

§ 3

La nécessité d'un accident garanti.

Pour avoir droit à une somme assurée quelconque, et c'est la deuxième condition requise, il est nécessaire que l'accident soit *garanti* par la police.

Il est possible que, sans qu'une déchéance ou nullité soit opposable à l'assuré, sans que l'accident soit survenu en dehors des limites géographiques de la police, il soit cependant exclu de la garantie de celle-ci. Il y a, en effet, des risques, — et l'accident n'en est que la réalisation, — qui se trouvent exclus de la garantie de la police, par les conditions générales ou particulières de celle-ci, soit de façon expresse, soit de façon implicite, et dans ce dernier cas, parce que n'entrant pas dans la garantie telle que cette dernière est précisée par les conditions particulières.

I. *Risques exclus par les conditions générales.*

Les compagnies d'assurances excluent toujours de leur garantie un certain nombre de risques dont l'origine traumatique est médicalement difficile à vérifier ou parce que ceux-ci présentent des caractères de maladie plutôt que d'accident. Ainsi la plupart des assureurs ne garantissent pas la mort, l'infirmité ou l'incapacité temporaire provenant d'anévrisme, de congestion, d'apoplexie, d'épilepsie, d'insolation, d'érysypèle, de hernie, de rhumatisme, d'ulcère variqueux, de lumbago, de ruptures musculaires, d'efforts ¹.

En ce qui concerne les conséquences de hernies, de lumbagos, de ruptures musculaires ou d'efforts une certaine tendance peut être observée dans le sens de la garantie.

D'autre part, sont exclus de la garantie de la police individuelle les accidents intentionnellement causés ou provoqués par l'assuré ou les bénéficiaires de la police, ainsi que ceux provenant de la folie, d'ivresse, de duel, de suicide ou de tentative de suicide, de guerre, d'insurrection ou d'émeute auxquelles l'assuré prendrait une part active, d'explosion d'engins de guerre manipulés par l'assuré, de rixe (sauf le cas de légitime défense), d'opérations chirurgicales n'étant pas nécessitées par un accident garanti, de tremblement de terre ou d'inondation, de chasse aux bêtes féroces, d'ascensions de glaciers et hautes cimes, d'ascensions ou voyage en ballon ou aéroplane, de courses, matches et paris sur terre et sur eau, à cheval, en canot, à la nage, en automobile ou véhicule quelconque, et d'une manière générale de

1. Trib. civ. Mamers, 19 janv. 1928, *Rec. Pér. Ass.*, 1928, p. 292.

V. aussi Manes, *Versicherungstextikon*, p. 1641. — Vance, *op. cit.*, p. 880.

tous actes notoirement périlleux que ne justifie aucune nécessité professionnelle¹. Et autrefois, les polices ajoutaient « ou d'infractions, ayant le caractère de faute lourde, aux lois et règlements concernant la sécurité des personnes »; cette exclusion a disparu depuis que l'art. 12 de la loi du 13 juillet 1930 ne distingue plus entre la faute dite légère et la faute lourde.

Toutes les fois que les conséquences d'un accident sont aggravées par l'action d'une maladie, d'un état constitutionnel², d'une grossesse ou d'une infirmité, par le manque de soins constaté ou un traitement empirique, par le refus de se soumettre à une opération ne présentant par elle-même aucun danger, la somme assurée est calculée non pas sur les suites effectives du cas, mais sur celles que l'accident aurait eues chez un sujet tout à fait sain et soumis à un traitement médical rationnel.

La somme assurée n'est jamais due en cas de décès par maladie, alors même que celle-ci aurait été aggravée par un accident, que cet accident soit survenu avant, en même temps ou après l'état de maladie³.

II. *Risques exclus par les conditions particulières.*

L'exclusion peut être ici expresse ou tacite. Elle est expresse, lorsqu'elle est directement visée par une condition; elle est tacite, lorsque l'accident n'entre pas

1. Il rentre dans les pouvoirs des juges d'apprécier si l'acte commis par l'assuré est notoirement périlleux et rentre dans les cas d'exclusion prévus par le contrat. V. Req., 27 mars 1922, *Rec. Pér. Ass.*, 1922, p. 245; Trib. civ. du Havre, 19 mars 1927, *Rec. Pér. Ass.*, 1927, p. 188.

2. En ce qui concerne la prédisposition pathologique, v. Trib. civ. de Marseille, 24 mai 1925, *Rev. Gén. Ass. et Resp.*, 1927, 36 et la note de M. Jean Fonteyre. — V. Aussi Hagen, *op. cit.*, p. 532-539; Manes, *Versicherungslexikon*, p. 1643.

3. C. Riom, 16 février 1933, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1933, p. 615.

dans la garantie telle qu'elle ressort de l'ensemble des conditions particulières.

Ainsi, lorsque la police ne couvre l'assuré que pour des occupations telles que direction et surveillance, en dehors de tout travail manuel, il y a là une exclusion expresse en ce qui concerne ces dernières occupations.

Jugé dans le même sens, que, lorsqu'une police individuelle, souscrite au profit d'un bijoutier-horloger, exclut de la garantie les travaux aux horloges publiques, l'assuré qui a été victime d'un accident dans le clocher d'une église, ne peut invoquer le bénéfice de la police, alors même qu'il ne serait monté dans le clocher que pour examiner l'holorge, donner son avis et les instructions nécessaires sur les réparations à effectuer, car il n'en accomplissait pas moins un travail sur une horloge publique. Le danger consistait, en effet, non pas dans les travaux à effectuer à l'horloge, mais dans le fait de monter en haut d'un clocher ou sur les voûtes d'un édifice public ¹.

Comme exclusion tacite, il a été jugé que la police individuelle, dans laquelle la profession de l'assuré est définie « fabricant de chassis d'automobiles, avec essais et démonstrations, le tout en qualité de directeur », ne couvre que les risques inhérents aux fonctions habituelles et normales d'un directeur, comme ceux résultant des essais de mise au point ou de démonstrations en vue de la vente, mais ne saurait comprendre les risques beaucoup plus considérables qui résultent d'une participation à un essai préparatoire d'une course ². Ce jugement s'inspire du principe, si souvent proclamé que la garantie de l'as-

1. C. Nancy, 21 nov. 1933, *Rev. Gén. Ass. Ter.*, 1934, p. 166.

2. Trib. civ. Seine, 7 juin 1930, *Rec. Pér. Ass.*, 1931, p. 142.

sureur ne saurait être étendue à des risques autres et plus graves que ceux qui sont inhérents à l'exercice de la profession déclarée : la participation à un essai préparatoire d'une course ne rentre évidemment pas dans les fonctions habituelles d'un directeur d'une maison d'automobiles.

Il va de soi que les procès sont beaucoup plus fréquents en ce qui concerne les exclusions tacites de risques que pour les risques expressément exclus par les conditions particulières d'une police individuelle.

Conclusion . — Pour qu'un accident soit garanti, il faut que la lésion corporelle dont est atteint l'assuré ne provienne pas d'un risque exclu par les conditions générales ou particulières de la police, peu importe d'ailleurs que cette exclusion soit expresse ou tacite.

CHAPITRE II

LA FIXATION ET LE PAIEMENT DE LA SOMME ASSURÉE

Ce chapitre comprendra deux paragraphes ainsi qu'il résulte de son énoncé :

§ 1. — La fixation de la somme assurée.

§ 2. — Le paiement de la somme assurée.

§ 1

*La fixation de la somme assurée.*¹

D'après l'art. 54 de la loi du 13 juillet 1930, en matière d'assurance contre les accidents atteignant les personnes les sommes assurées sont fixées par la police. Nous avons vu les conséquences qui en résultent et les différences que présente de ce fait, l'assurance individuelle avec l'assurance de dommages.

Mais s'il est exact que les sommes assurées sont fixées par la police, elles ne restent pas moins à déterminer dans certains cas, car comme nous le savons déjà, les sommes indiquées dans le contrat ne constituent en cas d'incapacité permanente partielle et d'incapacité temporaire, que de simples bases de calcul ; autrement

1. Hémond, t. II, p. 448-451. — Hagen, *op. cit.*, p. 580-586. — Manes, *Versicherungslexikon* p. 1645.

dit, la somme assurée due est tantôt une somme fixe, tantôt une somme variable. Lorsque c'est une somme fixe qui est due, aucune difficulté ; les difficultés ne commencent que lorsqu'il s'agit de fixer le montant d'une somme assurée variable.

Pour nous rendre compte de quelle manière sont fixées les sommes assurées dues, nous allons passer en revue les différents cas d'accidents prévus par les polices individuelles.

La somme due en cas de *mort* de l'assuré, survenant immédiatement ou dans le délai d'un an, des suites directes et incontestables d'un accident garanti, est un capital payable au bénéficiaire désigné, dont le montant est fixé par les conditions particulières de la police.

C'est également une somme fixe qui est due en cas d'*incapacité permanente totale*, somme qui sert, en même temps, de base de calcul pour le cas d'incapacité permanente partielle.

Lorsque l'assuré est atteint d'une *incapacité permanente partielle*, la somme due s'obtient par application du taux de l'infirmité que présente l'assuré après consolidation, taux exprimé par un pourcentage, au capital assuré pour le cas d'incapacité permanente totale. L'infirmité de l'assuré doit être évaluée d'après un barème inséré aux conditions générales de la police¹.

1. A titre d'exemple, nous donnons ci-dessous le barème des infirmités de la police individuelle (mod. 1933), de la Compagnie *Le Patri-moine*.

Cécité	100 %	Perte d'une jambe au-dessus	
Démence incurable et totale	100 %	du genou	55 %
Perte d'une main ou d'un		Perte d'une jambe au-dessous	
pied	100 %	du genou	50 %
Perte des deux mains ou des		Perte d'un pied.....	40 %
deux pieds	100 %		

Les sommes dues pour les infirmités non énumérées par le barème, même d'importance moindre, sont calculées en proportion de la gravité de ces infirmités comparée à celle des cas énumérés et sans tenir compte de la profession de l'assuré.

Si la plupart des compagnies n'admettent pas le cumul des sommes dues pour différentes infirmités entraînées par le même accident, la tendance actuelle est dans le sens du cumul, sinon total du moins avec un plafond fixé aux environs de 60 à 80 %, à moins qu'une des infirmités atteigne seule, ou même dépasse, ce plafond. Ainsi, lorsqu'aucun plafond n'est fixé par la police et qu'il résulte d'un même accident plusieurs infirmités prévues et définies par le barème, les sommes attribuées à chacune d'elles se cumuleront sans que néanmoins leur total puisse dépasser la somme prévue aux conditions particulières pour l'incapacité permanente totale.

Dr. G.

Fracture non consolidée d'une		Perte d'un bras ou de	
cuisse	35 %	l'avant-bras	60 % 50 %
Fracture non consolidée d'une		Perte d'une main	50 % 40 %
jambe	30 %	Amputation de 4 doigts	
Surdité totale et incurable	30 %	(pouce compris) . . .	45 % 35 %
Ablation de la mâchoire infé-		Amputation du pouce	
rieure	30 %	et de l'index	35 % 25 %
Perte d'un œil	25 %	Ankylose complète de	
Amputation partielle d'un		l'épaule	30 % 25 %
pied	20 %	Amputation du pouce	
Ankylose complète du genou	20 %	et du doigt	30 % 20 %
Fracture non consolidée de		Fracture non consolidée	
la rotule	20 %	d'un bras	25 % 20 %
Ankylose complète du coup		Ankylose complète d'un	
de pied	20 %	poignet	25 % 20 %
Raccourcissement d'une		Ankylose complète du	
jambe de 5 cm. au moins	15 %	coude	25 % 20 %
Raccourcissement d'une		Amputation du pouce	25 % 15 %
jambe de 3 cm au moins	10 %	Amputation de 3 doigts	25 % 15 %
Amputation du gros orteil		Amputation de 2 doigts	15 % 10 %
ou de 2 ou 3 orteils	10 %	Amputation de l'index	15 % 10 %
		Amputation d'un doigt	10 % 5 %

L'ankylose complète du pouce, des doigts et des orteils donne droit à 50 % de l'indemnité prévue pour la perte de ces organes.

La perte incomplète de la vue s'indemnise d'après le degré de diminution d'acuité visuelle.

Dans le cas où l'assuré et la compagnie ne peuvent se mettre d'accord sur le degré d'infirmité, les polices décident qu'ils soumettront le différend à deux médecins choisis, l'un par l'assuré, l'autre par la compagnie. Si ces deux médecins ne peuvent se mettre d'accord, ils doivent s'adjoindre un troisième pour les départager.

Faute par l'assuré de désigner son médecin dans le délai prescrit par la police (48 heures ou 3 jours), à dater du jour où il y aura été invité par lettre recommandée, ou par les deux médecins déjà désignés, de s'entendre sur le choix du troisième, celui-ci sera nommé d'office, à la demande de la compagnie dans le premier cas, de la partie la plus diligente dans le second, par voie de requête au président du Tribunal civil compétent selon la loi.

Dans tous les cas, les médecins doivent opérer en commun à la majorité des voix et sont dispensés du serment et de toutes formalités judiciaires.

Chaque partie supporte les honoraires du médecin désigné par elle ; ceux du troisième médecin sont supportés par moitié entre la compagnie et l'assuré.

En cas d'incapacité temporaire, la somme due s'obtient par multiplication du chiffre d'allocation quotidienne avec le nombre de jours qu'a duré l'incapacité de travail, sans que sa durée puisse dépasser cependant la limite prévue par la police.

L'allocation quotidienne est due en entier :

1°. à l'assuré, employé par autrui, pendant tout le temps où il est empêché de vaquer aux occupations pour lesquelles il est salarié ;

2°. à l'assuré exerçant seul sa profession, toutes les fois que sa blessure lui interdit tout travail professionnel ;

3°. à l'assuré dont la profession où les fonctions déclarées dans la police excluent tout travail manuel permanent et se bornent à un rôle de surveillance ou de direction, lorsque l'accident le tient personnellement éloigné de ses occupations et ceci d'une manière absolue ;

4°. à l'assuré n'exerçant aucune profession lorsque l'accident l'oblige à garder la chambre.

L'allocation quotidienne est réduite de moitié toutes les fois que l'assuré peut vaquer partiellement à son travail personnel ou a conservé ou recouvré dans une mesure quelconque la faculté de surveiller, de diriger l'exploitation de sa charge, de son commerce, de son industrie ou de son métier, ou de reprendre ses occupations.

Enfin, en ce qui concerne la fixation de la somme totale due par l'assureur, il faut tenir compte de ce fait que, de plus en plus, les polices stipulent que l'allocation quotidienne est payée indépendamment des capitaux dus en cas de mort ou d'infirmité.

§ 2

*Le paiement de la somme assurée*¹.

Une fois la somme due fixée telle que, nous venons de le voir, il ne reste plus qu'à la payer. Cette obligation est édictée par l'art. 14 de la loi du 13 juillet 1930, d'après lequel, lors de la réalisation du risque, l'assureur est tenu de payer, dans le délai convenu, la somme déterminée d'après le contrat. Mais si aucun délai n'a été convenu dans la police, l'art. 14 ne dit pas quels seraient alors les droits de l'assuré.

1. Hémar, t. II, p. 448-449. — Hagen, *op. cit.*, p. 578-580. — Manes, *Versicherungswesen*, t. III, p. 165.

Les polices de beaucoup de compagnies ne prévoient, en effet, aucun délai pour le paiement de la somme assurée après que celle-ci a été déterminée dans les conditions requises par le contrat. Il faut admettre qu'en ce cas, l'assuré a droit de réclamer la somme qui lui revient aussitôt qu'il a fourni toutes les pièces exigées par la police, établissant son droit.

Il a été jugé que la résistance abusive de la compagnie à la demande de paiement de l'assuré, qui a fourni toutes les pièces justificatives à l'appui de sa demande, expose celle-ci à des dommages-intérêts à l'égard de son créancier¹.

En règle générale, les polices stipulent que le paiement de la somme assurée aura lieu dans les quinze jours qui suivent la remise des dernières pièces justificatives.

En cas de mort de l'assuré, ce paiement est effectué entre les mains du bénéficiaire désigné, porteur de la police et des dites pièces. Quelques compagnies ne versent cependant le capital assuré que dans les trente jours après la remise des pièces.

En cas d'infirmité, le capital est versé dans le même délai de quinze jours, après la détermination des conséquences définitives de l'accident. Les polices qui ne prévoient aucun délai pour le paiement, disent seulement que le capital ne peut être exigé qu'après consolidation.

Le délai prévu pour le paiement de la somme due par l'assureur ne court jamais, en ce qui concerne l'allocation quotidienne, qu'après la remise du certificat de guérison constatant la durée de l'incapacité temporaire. Certaines compagnies, toutefois, plus expéditives dans le règlement des sinistres, promettent le paiement de l'allocation

1. Trib. com. St-Quentin, 22 nov. 1927, *Rec. Pér. Ass.*, 1927, p. 407.

quotidienne dès que l'assuré aura repris son travail ou ses occupations habituelles.

La majorité des compagnies ajoutent, en ce qui concerne la somme due pour l'infirmité, et celles qui n'admettent pas le cumul de l'allocation quotidienne avec le capital en cas de mort ou d'infirmité, aussi en ce qui concerne la somme due pour l'incapacité temporaire, que le droit à ces sommes est personnel et non transmissible aux ayants droit de l'assuré; autrement dit, cette somme ne revient pas au bénéficiaire désigné en cas de mort de l'assuré ni ne tombe dans la succession de ce dernier. Toutefois, à notre avis, si cette somme était déjà déterminée et que régulièrement elle aurait dû déjà être payée à l'assuré, mais que ce dernier vienne à mourir d'une maladie sans avoir pu la toucher, elle doit tomber dans la succession malgré la clause en question. Dans le cas contraire, en supposant que la somme ne soit pas encore déterminée, parce que l'infirmité dont l'assuré serait resté atteint n'était pas encore consolidée, et que l'assuré vienne à mourir d'une maladie, cette clause doit être respectée par application de l'art. 1134 du Code civil.

En principe, les compagnies n'accordent jamais d'acompte sur la somme due pour l'infirmité éventuelle ou pour l'incapacité temporaire. Le motif en est, en ce qui concerne l'infirmité, que l'assuré se montre moins conciliant pour le solde qui reste dû. Il est tenté de faire croire à une infirmité plus grave que celle dont il est réellement atteint, et s'il s'agit d'une incapacité temporaire, l'assuré fera tout son possible pour la prolonger le plus longtemps qu'il pourra.

Toute indemnité non réclamée dans un délai de deux ans est prescrite au profit de la compagnie (art. 25, L. 13 juillet 1930).

CHAPITRE II

LE BENEFICIAIRE DE LA SOMME ASSUREE ET SES DROITS

Dans ce chapitre, nous nous demanderons d'abord : qui est bénéficiaire ? Puis quels sont les droits du bénéficiaire ? que se passe-t-il, en cas de défaut de bénéficiaire désigné ? D'où, trois paragraphes :

§ 1. — Le bénéficiaire.

§ 2. — Les droits du bénéficiaire.

§ 3. — Le défaut de bénéficiaire désigné.

§ 1

Le bénéficiaire

Qui a droit à la somme assurée ?

Lorsque l'assuré n'est que blessé, c'est à lui que cette somme doit revenir. Et nous venons de voir, dans le chapitre précédent, que, d'après la majorité des polices, en cas d'infirmité, c'est à l'assuré exclusivement que cette somme est due. Il en est de même, d'après certaines polices, en ce qui concerne l'incapacité temporaire.

En cas de mort de l'assuré, les polices disent que le capital assuré est dû aux bénéficiaires désignés dans le contrat. Ceux-ci sont donc déterminés par la police et il faut suivre la classification et l'ordre qu'elle en donne.

Les conventions sont, en effet, la loi des parties. La classification que la police donne des bénéficiaires est, en conséquence, essentiellement limitative (art. 1162 C. civ., par analogie).

Comment ces bénéficiaires sont-ils désignés ?¹

Presque toujours l'assurance individuelle couvrant le cas de mort est contractée en faveur d'un tiers bénéficiaire, conjoint, enfants, héritiers, etc. Il est rare qu'une telle assurance ne contienne la désignation d'un bénéficiaire.

Les règles de l'assurance sur la vie s'appliquent ici, *mutatis mutandis*, aux cas de savoir dans quel acte peut être faite la désignation du tiers bénéficiaire et de quelle manière l'assuré peut désigner le bénéficiaire.

I. — *Dans quel acte peut être faite la désignation du bénéficiaire.* (art. 63, dern. al., L. 13 juillet 1930). La désignation est le plus souvent contenue dans la police elle-même, mais elle peut être faite postérieurement, soit par un avenant, soit par le testament de l'assuré. On ne saurait imaginer, pour l'assurance individuelle, une désignation par voie d'endossement ou de transport-cession propre à l'assurance sur la vie.

Quand la désignation est faite par testament, il peut arriver que l'assureur, ne connaissant pas la désignation du tiers, paie de bonne foi, au décès accidentel de l'assuré le capital assuré au bénéficiaire désigné dans la police. Par application de l'art. 1240, C. civ., ce paiement libère l'assureur à l'égard du bénéficiaire qui lui présenterait par la suite le testament par lequel il a été désigné².

1. Capitant, *op. cit.*, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1930, p. 796. — Hagen, *op. cit.*, p. 546 et suiv. — Manes, *Versicherungstextikon*, p. 352.

2. Trib. civ. Seine, 8 déc. 1927, *Rec. Pér. Ass.*, 1928, p. 414.

Il ne restera donc à ce dernier qu'un recours contre celui qui a indûment touché la somme assurée.

Mais que se passera-t-il si le testament est nul ? La désignation faite dans le testament sera-t-elle nulle également ? Une distinction s'impose.

On considère, en effet, que lorsqu'un acte, rédigé en forme de testament, contient à la fois des legs et d'autres clauses que des legs, on se trouve, en réalité, en présence de deux actes : un testament proprement dit et un acte secondaire adjoint à ce testament.

Ce raisonnement conduit à décider que si la désignation du bénéficiaire n'est pas rédigée dans la forme d'un legs (par exemple : « Je lègue à M^{lle} L..., la somme de cent mille francs assurée à la compagnie P... »), il ne faut y voir qu'une simple stipulation pour autrui dont la validité n'est soumise à aucune forme.

La jurisprudence décide, en effet, que les clauses qui ne se réfèrent pas à la dévolution des biens du défunt peuvent conserver leur effet même en cas de nullité du testament. Le testament peut, par exemple, contenir la reconnaissance d'un enfant naturel, la désignation d'un tuteur, une reconnaissance de dette, la révocation d'un testament antérieur¹. Il semble donc logique de conclure qu'il doit en être de même pour le cas de désignation du bénéficiaire d'une assurance individuelle contractée par le testateur.

A notre avis, la désignation du bénéficiaire faite dans un testament nul, doit être considérée comme étant sans effet et nulle elle-même, lorsqu'elle est rédigée en forme d'un legs²; au contraire, elle doit conserver tout son effet lorsqu'elle ne prend pas ladite forme.

1. Colin et Capitant, 7^e édit., t. III, p. 913, 914.

2. Trib. civ. Casablanca, 19 mars 1928, *Rec. Pér. Ass.*, 1928, p. 445.

II. — *De quelle manière l'assuré peut désigner le bénéficiaire.* (art. 63, al. 2, 3 et 4). — La loi du 13 juillet 1930 n'exige pas que le bénéficiaire soit nommément désigné; il suffit qu'il soit déterminable, c'est-à-dire que le droit puisse se fixer sur sa tête, soit au moment du contrat, soit postérieurement. Contrairement à l'art. 906 C. civ., il n'est même pas nécessaire qu'il soit conçu au moment du contrat.

Ainsi ont toujours été considérées comme valables dans l'assurance individuelle, — et l'art. 63 confirme cette solution pour l'assurance sur la vie, — les stipulations suivantes :

1°. Au profit de la femme de l'assuré sans que son nom soit indiqué dans la police. Alors même que l'assuré ne serait pas marié au moment de la signature de la police. Cette désignation serait suffisante. Si l'assuré est marié au moment de la souscription de la police et que sa femme meure ou qu'il divorce et se remarie, la désignation produira son effet au profit de celle qui sera sa femme au moment de son décès.

La même solution doit s'appliquer par analogie à l'assurance qui serait souscrite par une femme au profit de son mari.

2°. Au profit des enfants et descendants nés et à naître.

3°. Au profit des héritiers de l'assuré, sans qu'il soit besoin d'insérer leurs noms dans la police ou dans tout autre acte ultérieur contenant attribution du capital assuré.

Au cas où aucune désignation de bénéficiaire n'a été faite ni par la police ou un avenant, ni par un testament, il faut conclure que le capital assuré pour le cas de mort

tombe dans la succession, comme dans l'assurance sur la vie (art. 66).

En est-il de même dans l'assurance individuelle au cas où le bénéficiaire désigné fasse défaut ? Cette question qui ne doit pas être confondue avec la précédente fera l'objet du troisième paragraphe de ce chapitre.

§ 2

Les droits du bénéficiaire.

Pour examiner les droits du bénéficiaire à la somme assurée dans l'assurance individuelle, il faut se placer dans deux cas différents : 1^o celui où l'assuré est lui-même bénéficiaire des sommes assurées ; ce qui arrive lorsque l'assuré n'est atteint que d'une infirmité ou d'une incapacité temporaire ; 2^o celui où l'assuré étant décédé à la suite d'un accident le bénéficiaire de la somme assurée est un tiers désigné par la police.

I.—*Cas où l'assuré est lui-même bénéficiaire des sommes assurées.* — Il n'y a pas de dispositions légales qui puissent s'appliquer, même *mutatis mutandis*, à ces cas. Il faut, par conséquent, avoir recours à la jurisprudence et à la doctrine¹.

A. *Infirmité.* — Nous avons vu déjà que, d'après la majorité des polices, la somme due à l'assuré, du chef d'une infirmité totale ou partielle, doit lui rester personnelle. La jurisprudence décide également, en matière de communauté entre époux, que cette somme (capital ou exceptionnellement, rente) ne tombe pas dans la dite communauté et doit rester propre à l'époux vic-

1. Agnel, de Corny et Dujon, *op. cit.*, p. 407.

time de l'accident, comme les autres créances accordées au créancier *intuitu personae*. Elle ne peut pas tomber en communauté, parce que si elle y tombait le titulaire se trouverait, à la dissolution, privé de la moitié de cette créance, peut-être même de la totalité s'il s'agissait de la femme et qu'elle renonçât à la communauté. Ce résultat serait inadmissible. Aussi est-on d'accord pour admettre que les pensions de retraite, les pensions d'invalidité, les pensions alimentaires, l'indemnité allouée à l'époux victime d'un accident, le capital versé à ce dernier par l'assureur en représentation de l'incapacité permanente dont il est atteint, restent propres à leur titulaire. Cette solution a été admise d'abord en ce qui concerne la communauté réduite aux acquêts¹, et quand, presque un quart de siècle plus tard, le cas s'est présenté pour la communauté légale, la Cour de cassation n'a pas changé d'avis².

Mais si le capital ou la rente par l'assureur reste propre à l'époux assuré, porteur d'une infirmité, il n'en est pas de même des intérêts de ce capital ou des arrérages de cette rente qui, eux, tombent en communauté³.

Il semble qu'il y ait là une certaine incohérence de voir décider la jurisprudence que l'assurance individuelle n'est pas un contrat d'indemnité et de la voir admettre, d'autre part, que le capital versé par l'assureur à l'assuré vient en représentation de l'incapacité permanente dont est atteint ce dernier. Il n'y a là qu'une incohérence apparente. S'il est exact que l'assurance individuelle

1. Req., 23 févr. 1897, D., 1898.1.125, note de M. Capitant ; S., 1900.1.121, note de M. Lacoste.

2. Req., 13 avril 1921, D., 1922.1.5, note de M. Capitant ; S., 1922.1.257, note de M. Demogue.

3. V. l'arrêt précité, Req., 13 avr. 1921, D., 1922.1.5, S., 1922.1.257.

n'est qu'une assurance de somme ¹, ainsi que nous l'avons démontré, il n'est pas moins vrai que le mobile qui pousse l'assuré à contracter, est l'emploi de la somme assurée à la réparation des conséquences du sinistre, et que, si on admettait une solution contraire, l'objectif visé par l'assuré ne serait pas atteint.

Pour la même raison, la jurisprudence admet que les créanciers n'ont aucune action sur la somme due par l'assureur pour une infirmité dont reste atteint l'assuré ².

B. Incapacité temporaire. — On ne saurait appliquer ici les mêmes raisons que celles données par la jurisprudence en cas d'infirmité. Si dans ce dernier cas, la somme due par l'assureur vient en représentation de l'intégrité physique de l'assuré atteint par suite de l'accident, il faut décider que l'allocation quotidienne due en cas d'incapacité temporaire, vient, elle, en représentation du gain journalier de l'assuré; or, ce gain tombe en communauté.

Pour la même raison, les créanciers de l'assuré doivent pouvoir faire saisie entre les mains de l'assureur sur la somme qui revient à l'assuré pour la durée de son incapacité temporaire.

En ce qui concerne les frais médicaux et pharmaceutiques, étant donné que ceux-ci ont été payés à l'aide de deniers de la communauté, il va de soi que les sommes dues par l'assureur en remboursement de ces frais, tombent dans la communauté ³.

II. *Cas où le bénéficiaire de la somme assurée est un tiers.*

C'est le cas où l'assuré est mort à la suite d'un accident.

1. Malter, *De la nature de l'assurance individuelle contre les accidents*, dans *Rev. Gén. Ass. et Resp.*, 1929, 473.

2. V. l'arrêt cité à la note 2 de la page précédente.

3. Même arrêt.

Les règles de la stipulation pour autrui s'appliquent ici, et nous n'allons pas faire l'exposé des phases par lesquelles la jurisprudence a passé avant d'arriver au résultat consacré par la loi du 13 juillet 1930.

En vertu des règles de la stipulation pour autrui, le tiers bénéficiaire a donc un droit propre, immédiat et direct au capital assuré pour le cas de mort de l'assuré¹. Ce capital, est censé n'avoir jamais fait partie du patrimoine de l'assuré et ne tombe, par conséquent, jamais dans sa succession, mais appartient en propre au bénéficiaire, quelle que soit la façon dont il a été désigné (art. 67.)

C'est seulement lorsque l'assurance a été conclue sans désignation d'un bénéficiaire (par exemple, si l'assuré s'est réservé le droit de désigner le bénéficiaire ultérieurement par un avenant ou par le testament) que le capital fait partie de la succession du contractant.

Les conséquences de ce droit direct du bénéficiaire sont les suivantes :

1°. Quand l'assurance est contractée par un époux commun en biens en faveur de son conjoint, le capital dû par l'assureur constitue un propre pour celui-ci, et la communauté n'a pas droit à récompense à raison des primes qu'elle a payées, à moins que ces primes n'aient été manifestement exagérées eu égard aux revenus communs (art. 71).

2°. Les enfants et descendants, les héritiers de l'assuré ont droit au bénéfice de l'assurance même s'ils renoncent à la succession de celui-ci (art. 63, al 4).

1. Agnel, de Corny et Dujon, *op. cit.*, p. 407. — Colin et Capitant, *Dr. civ. fr.*, 7^e édit., t. II, p. 766-768. Capitant, *op. cit.*, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1930, p. 802. — Hémard, *Das franz. Gesetz über den Versicherungsvertrag*, dans *Zeitschr. f. d. ges. V. W.*, 1931, p. 164, 165. — Manes, *Versicherungstlexikon*, p. 352. — Vance, *op. cit.*, p. 546, 621.

3°. Le capital revenant au bénéficiaire n'est soumis ni aux règles du rapport, ni à celles de la réduction pour atteinte à la réserve des héritiers de l'assuré. En ce qui concerne les primes payées, pour éviter que le bénéficiaire ne soit privé indirectement d'une partie du capital assuré à son profit, l'art. 68, al. 2, qu'on doit appliquer, par analogie aussi dans l'assurance individuelle, écarte pour les primes l'application du rapport et de la réduction à moins qu'elles n'aient été réellement exagérées eu égard aux facultés de l'assuré ; ce qui est pour ainsi dire impossible dans l'assurance individuelle, vu la modicité relative des primes.

4°. Enfin, le capital assuré au profit d'un bénéficiaire ne peut pas être réclamé par les créanciers de l'assuré. Etant donné que les primes, comme nous venons de le dire, sont généralement peu élevées, les créanciers n'auront guère l'occasion de faire application de l'action paulienne (art. 1167, C. civ.) ou des art. 446 et 447 C. com., pour obtenir le remboursement des primes parce que celles-ci auraient été exagérées par rapport aux revenus de l'assuré.

§ 3

Le défaut de bénéficiaire désigné.

Nous avons vu que lorsque l'assuré n'a fait aucune désignation de bénéficiaire, le capital assuré tombe dans la succession. Il y a lieu de remarquer que ce cas est très rare dans l'assurance individuelle ; il faut supposer que l'assuré se soit réservé le droit de désigner le bénéficiaire ultérieurement par un avenant ou par le testament et qu'avant de l'avoir désigné, il soit décédé accidentelle-

ment. Ce cas ne doit pas être confondu avec celui qui nous occupe où un bénéficiaire a bien été désigné par la police, mais que ce bénéficiaire fait défaut.

Dans l'assurance sur la vie, le résultat est le même dans les deux cas : la capital assuré tombe dans la succession. Il n'en est pas de même, dans l'état actuel de la jurisprudence, en ce qui concerne l'assurance individuelle.

Il peut arriver que le bénéficiaire désigné par la police n'existe pas au moment du décès de l'assuré. Par exemple, la police indique comme bénéficiaire la femme ou à son défaut, les enfants de l'assuré, alors que celui-ci meurt célibataire. Très souvent, la police porte, faisant suite au chiffre du capital assuré pour le cas de mort, cette phrase toute imprimée : « payable exclusivement à la femme ou, à son défaut, aux enfants de l'assuré, sauf dispositions contraires ».

Que se passera-t-il si l'assuré célibataire meurt sans avoir pensé à ces « dispositions contraires » dont parle la police ? Il a versé une prime pour obtenir de la compagnie la garantie d'un capital en cas de sa mort, capital dont il voulait faire bénéficier les personnes les plus proches de lui. Parce que la police porte que ce capital sera payable à sa femme ou à ses enfants, alors qu'il n'a ni femme ni enfants, ses père et mère ou d'autres héritiers légaux ne vont-ils rien toucher ? Rien. Telle est la solution tout à fait injuste de la jurisprudence.

En examinant, dans le chapitre précédent, le paiement des sommes assurées, nous avons dit que la clause qui stipule le paiement exclusif de la somme due pour le cas d'une infirmité de l'assuré à ce dernier seul, doit être respectée. Pourquoi cette solution différente pour des

cas qui semblent être analogues ? Dans un cas c'est juste ; dans l'autre, injuste ? Pourquoi ?

L'explication en est simple. En cas d'infirmité de l'assuré la somme qui revient à l'assuré, lui revient pour cette infirmité, parce qu'il est atteint de cette infirmité. S'il meurt par suite de maladie, avant d'avoir pu toucher cette somme, il n'y a plus d'assuré, il n'y a plus d'infirmité. Ses ayants droit ne sauraient prétendre avoir un droit à la dite somme puisque l'infirme à qui cette somme revenait n'existe plus. L'assureur ne doit rien. Rien de plus juste.

La situation est tout autre au cas de mort de l'assuré. Ici, en toute hypothèse la somme assurée ne peut être payée qu'à un tiers bénéficiaire. Peu importe à l'assureur qui est ce tiers. La prime ne varie pas selon que l'assuré désigne comme bénéficiaire sa femme ou selon qu'il désigne ses père et mère ou une autre personne. L'assureur a touché une prime, il semble donc logique qu'il doive le capital assuré dans tous les cas, en présence d'un accident garanti. La jurisprudence décide pourtant le contraire¹.

Sous prétexte qu'il s'agit d'un contrat aléatoire, par conséquent de droit strict, la jurisprudence refuse aux parents, ainsi qu'à tous autres héritiers de l'assuré, toute action contre l'assureur lorsque la police indique comme bénéficiaire la femme ou, à son défaut, les enfants de l'assuré, alors même que celui-ci meurt célibataire. Un jugement est allé même jusqu'à dire : « Attendu qu'il ne dépendait que de l'assuré de créer cette contre partie,

1. Trib. civ. Nîmes, 4 févr. 1914, *Rec. Pér. Ass.*, 1915, p. 141 ; — Trib. civ. Marseille, 23 juin 1930, *Rec. Pér. Ass.*, 1931, p. 254. — C. Bordeaux, 13 mai 1931, *Rec. Pér. Ass.*, 1932, p. 37 ; *Journal des Assurances*, 1932, p. 44.

car rien ne l'empêchait de se marier »¹. De tels motifs nous paraissent tout à fait grotesques.

Cette jurisprudence apparaît d'autant plus injuste, quand on sait comment sont fréquemment réalisées les polices. Souvent, la proposition d'assurance est dressée par l'agent lui-même, l'assuré ne faisant que la signer. Or, l'agent a pu oublier de questionner le proposant s'il était marié ou non, ou le croyant marié, il l'a indiqué comme tel, alors que le futur assuré était célibataire. Cette inattention de l'agent, et aussi de l'assuré qui, elle est proverbiale, suffit pour que les héritiers de l'assuré, notamment ses père et mère, ne touchent rien, si la police indique comme bénéficiaire la femme de l'assuré.

Jusqu'à ces temps récents la Cour de cassation n'avait pas encore eu l'occasion de se prononcer sur ce cas spécial de l'assurance individuelle auquel les cours et tribunaux avaient donné une solution aussi inique. Par un arrêt de la Chambre des Requêtes du 15 mai 1934, rendu sur le rapport de M. le Conseiller Pilon, la Cour de cassation vient de consacrer cette jurisprudence que nous trouvons tout à fait critiquable².

Comment M. Pilon est-il arrivé à approuver cette solution de la jurisprudence que nous trouvons contraire à l'équité ? Très simplement. Dans l'examen de ce cas, l'honorable conseiller procède par voie de questions et de réponses.

« Pour faire aussi exactement que possible la mise au point de la difficulté soumise à la Cour, dit M. Pilon, nous examinerons successivement les trois questions suivantes :

1. Trib. civ. Nîmes, 4 février 1914, *Rec. Pér. Ass.*, 1915, p. 141.

2. Req., 15 mai 1934, *Rev. Gén. Ass. Terr.*, 1934, p. 619-626.

« 1°. En principe, l'art. 1122 est-il applicable à l'assurance-accident, c'est-à-dire que l'assuré qui souscrit une assurance individuelle est censé avoir stipulé pour soi et pour ses héritiers ?

« 2°. Dans l'affirmative, peut-il être dérogé par convention des parties à ce principe ?

« 3°. S'il peut y être dérogé est-ce que, en fait, dans l'affaire actuelle, il y a été dérogé ?

« 4°. Sur cette première question, nous sommes en plein accord avec l'honorable avocat du pourvoi. ... nous répondons affirmativement : en principe, l'art. 1122 C. civ. est applicable au capital dû par une compagnie d'assurance-accident, comme à celui dû par une compagnie d'assurance-vie ».

Autrement dit, si aucune désignation n'avait été faite dans la police, l'assuré serait censé avoir stipulé « pour ses héritiers et ayants cause », c'est-à-dire le capital assuré tomberait dans la succession.

« Mais, deuxième question : *Peut-il être dérogé à ce principe par la convention des parties ?*

« La loi elle-même répond à la question. Art. 1122 :

« On est censé avoir stipulé pour soi et pour ses héritiers, et ayants cause, à moins que le contraire ne soit exprimé... »

« L'art. 1122 n'est donc pas une disposition intéressant l'ordre public auquel la convention des parties, d'après l'art. 6 C. civ. ne puisse déroger.

« Et les tribunaux ont un large pouvoir d'interprétation pour apprécier ces dérogations conventionnelles à la règle de l'art. 1122 (Cf. Dalloz, Code civil annoté sous l'art. 1122, n° 34 et suiv.).

« Troisième question : *En la cause, cette dérogation conventionnelle à l'art. 1122 existe-t-elle ?*

« Rappelons que la clause litigieuse est ainsi conçue : Conditions générales. Art 1^{er} « La société garantit, conformément aux statuts qui ont été remis à l'adhérent et aux conditions générales et particulières ci-après, les *indemnités stipulées* dans le présent contrat..., savoir : *En cas de mort*, un capital payable *exclusivement* au bénéficiaire désigné ou, *à défaut de bénéficiaire*, à la femme et aux enfants de l'assuré ».

« Cette clause apparaît bien comme une dérogation à l'art. 1122. En limitant l'attribution du capital assuré à certaines personnes *exclusivement*, elle se présente non comme une stipulation régie par l'art. 1122, mais comme une stipulation pour autrui régie par l'art. 1121, avec cette conséquence que les attributaires prévus dans la police recueilleront le capital assuré en vertu d'un droit propre et que ce capital ne pourra, sous aucun rapport, être considéré comme faisant partie de la succession de l'assuré.

« Donc, si l'assuré avait désigné un bénéficiaire ou s'il laissait une veuve et des enfants, aucun doute : il aurait fait une convention dérogatoire à l'art. 1122.

« Mais, en fait, à la page 4 de la police (adhésion individuelle), si le capital à verser par la compagnie en cas de mort est spécifié : 30.000 francs, par contre le nom du bénéficiaire est laissé en blanc : « En cas de mort, pour un capital de 30.000 francs à verser à »

« Et comme d'autre part, au moment de l'accident, l'assuré est célibataire, qu'il n'a pas d'enfant, il en résulte qu'aucun des attributaires *exclusifs* de l'indemnité prévus au contrat n'en peut réclamer le versement à la compagnie.

« D'où celle-ci de conclure que nulle autre personne et notamment les héritiers de l'assuré ne peuvent prétendre avoir droit au versement de cette indemnité. Ce serait contraire aux termes du contrat qui, en prévoyant formellement l'attribution de l'indemnité à certains bénéficiaires exclusivement, l'a refusée à tous autres, dérogeant ainsi expressément à l'art. 1122 » .

Et M. Pilon conclut :

« Si, comme en l'espèce de l'arrêt de 1905,¹ il y avait seulement absence de désignation de bénéficiaire, nous proposerions à la Cour de juger en matière d'assurance-accident, comme elle avait jugé, en 1905, en cas d'assurance-vie. Mais, en la cause, il y a quelque chose de plus non seulement, il n'y a pas de bénéficiaire désigné, mais il y a une *convention limitative des bénéficiaires de la police*, et qui, comme telle, déroge à l'art. 1122.

« Convention que les juges du fait ont interprétée souverainement sans la dénaturer (le pourvoi ne soulève pas le grief de dénaturation), en ce sens qu'elle était *exclusive* du droit des héritiers de l'assuré (autres que ses enfants) à l'indemnité due par la compagnie. »

Jusqu'ici, il n'y a aucun reproche à faire à l'argumentation de l'honorable conseiller, son rapport est tout à fait logique au point de vue juridique. Il n'en est pas ainsi au point de vue de la technique de l'assurance individuelle, que M. Pilon semble ignorer.

Si l'assuré n'avait pas voulu faire bénéficier du capital assuré en cas de sa mort accidentelle ses héritiers et ayants cause, si vraiment il n'avait voulu en faire profiter que sa femme et les enfants à naître *exclusive-ment*, eh bien ! il n'aurait tout simplement pas prévu de

1. Req., 15 mai 1905, S., 1905.1.257.

capital du tout pour ce cas, tant qu'il ne serait pas marié, en se contentant d'une assurance pour le cas d'incapacité permanente et pour le cas d'incapacité temporaire : c'est là une combinaison assez fréquente¹. Que M. Pilon ne l'ait pas vue, cela prouve qu'il l'ignorait, de même que l'avocat qui a présenté la requête.

Conclusion : c'est peine perdue que toute cette argumentation judiciaire. A quoi a-t-elle servi ? ... Veut-on dire que l'assuré a voulu faire bénéficier du capital assuré en cas de mort *exclusivement* sa femme et ses enfants à naître ? Mais alors, il n'aurait pas assuré de capital du tout pour ce cas, tant qu'il ne se serait pas marié, comme nous venons de le voir. C'est donc un premier point liquidé. Argumentation inutile et fausse, dans ce sens qu'elle ne correspond point à la réalité des faits, même en étant juridiquement parfaitement exacte.

Mais là où nous nous soulevons énergiquement contre le rapport de M. Pilon, c'est quand il le termine dans les termes suivants :

« Quant à voir dans la clause litigieuse une convention léonine, contraire à l'ordre public, comme le prétend le pourvoi, par le motif qu'elle aboutit, dans l'affaire actuelle, avec la décision de l'arrêt attaqué, à ce que la compagnie aura encaissé des primes qui lui resteront, sans rien verser comme contre-partie, c'est un grief qui ne pourrait être retenu — en le rattachant même, au besoin, au défaut de cause de l'obligation de l'assureur — que si, au *moment* de sa conclusion, le contrat apparaissait comme ne créant d'obligations qu'à la charge de l'assuré.

1. Exemple : Mort :	0
Incapacité permanente absolue.....	40.000 fr.
Incapacité temporaire.....	10 fr. par jour.

« Or, il n'en est rien. Car en l'absence d'un bénéficiaire désigné, il y a toujours, en *vertu même du contrat*, d'autres bénéficiaires éventuels envers qui la compagnie s'est trouvée liée, en contre-partie de l'encaissement des primes : ce sont la femme ou les enfants de l'assuré.

Un contrat aléatoire régulièrement conclu ne devient pas lésion du fait que son exécution est tout profit pour une seule des parties : à ce compte, nombre de contrats d'assurance ou de rentes viagères pourraient être annulés. Il y a dans cette discordance des prestations réciproques, le simple jeu du contrat aléatoire : rien de plus.

« Si la Cour partage notre manière de voir, elle rejettera la requête ».

La Cour a partagé la manière de voir de M. Pilon et a rejeté la requête. C'est regrettable.

Quelle est, en effet, la situation au point de vue des faits ?

Quelle a été l'intention de l'assuré en assurant un capital pour le cas de sa mort par accident ? C'était certainement pour en faire profiter quelqu'un, et ce quelqu'un, ce sont les personnes les plus proches de lui. Comme nous l'avons déjà dit, neuf fois sur dix, l'assuré n'a fait aucune attention à cette fameuse clause suivant laquelle le capital est « payable exclusivement au bénéficiaire désigné ou, à défaut de bénéficiaire, à la femme et aux enfants de l'assuré ». Si réellement — étant célibataire — l'assuré n'avait voulu faire bénéficier du capital garanti en cas de sa mort que sa future femme et les enfants qu'il aurait, il n'aurait tout simplement pas assuré de capital pour ce cas, tant qu'il ne serait pas marié, puisque les différentes combinaisons de l'assu-

rance individuelle le lui permettent. Nous l'avons vu déjà. L'assuré aurait d'ailleurs tout intérêt à agir ainsi, car du même coup il n'aurait pas à payer la prime afférente au cas de mort.

D'autre part, en droit, si « les conventions obligent non seulement à ce qui y est exprimé, mais encore à toutes les suites que l'équité, l'usage ou la loi donnent à l'obligation d'après sa nature » (art. 1135 C. civ.), on doit décider que, puisque l'assureur a perdu une prime pour le cas de mort de l'assuré, il doit la garantie. La prime doit correspondre à un risque, c'est là non seulement une règle d'équité et d'usage, mais aussi une règle légale. Pas de risque, pas de prime. D'où on conclut aussi que si une prime a été payée, c'est en contre-partie d'un risque¹. Or, ici, il n'y a aucun risque pour l'assureur tant que l'assuré n'est pas marié ou n'a pas d'enfant puisqu'il ne doit rien en cas de décès accidentel de ce dernier. Si l'on admettait donc la thèse jurisprudentielle, cela serait un cadeau qu'on ferait à l'assureur des primes payées depuis la souscription de la police, jusqu'au mariage de l'assuré, étant donné que l'assurance individuelle contre les accidents n'est pas une opération de capitalisation².

Le risque ne commençant à courir pour l'assureur qu'avec le mariage de l'assuré, ce n'est qu'à partir de ce moment là que la prime est due, si l'assuré n'a l'intention de faire profiter du capital assuré qu'exclusivement sa femme et ses enfants. Admettre le contraire, cela

1. Paule Weyer, *op. cit.*, p. 29-32.

2. On comprendrait la solution jurisprudentielle si c'était une opération de capitalisation, car alors pour constituer ce capital qui reviendrait à la femme éventuelle de l'assuré ou aux enfants à naître, il n'y aurait rien d'anormal que la prime fût due même avant le mariage de l'assuré. Or, il n'en est rien.

serait admettre un enrichissement sans cause de l'assureur aux dépens de l'assuré, cela serait aussi faire de cette obligation une obligation de cause illicite, illicite parce que contraire à l'ordre public, et contraire à l'ordre public parce que faisant payer à l'assuré une prime sans lui en donner la contre-partie. Ou alors, il faut décider, comme nous le faisons, que, du moment que l'assureur a touché une prime, il doit la garantir du risque qui correspond à cette prime, et ceci non dans quelques années et peut-être jamais, si l'assuré ne se marie pas, mais tout de suite à partir du moment où la prime lui a été versée par l'assuré.

M. Pilon a beau s'élever contre la qualification de léonine de cette clause limitative des bénéficiaires et dire qu'à ce compte nombre de contrats d'assurance ou de rentes viagères pourraient être annulés, elle est léonine comme nous venons de le voir. Dans chaque contrat d'assurance ou de rentes viagères, il y a toujours une contre-partie; fût-elle faible, elle existe. Ici, aucune contre-partie. Léonine, cette clause doit, par conséquent, être annulée comme contraire aux articles 1133 et 1135, C. civ., et au principe que nul ne doit s'enrichir sans cause aux dépens d'autrui : en un mot, comme contraire à l'ordre public. La clause seule est nulle et non avenue, mais non le contrat d'assurance. L'assureur a touché une prime pour le cas de mort de l'assuré, il en doit la contre-partie, c'est-à-dire le capital assuré pour ce cas.

Enfin, faisons remarquer qu'on comprendrait encore à la rigueur la solution jurisprudentielle si la prime variait suivant que la clause porterait « au bénéficiaire désigné ou à son défaut, à la femme et aux enfants de l'assuré », ou « aux père et mère » ou encore « aux héri-

tiers légaux ». On pourrait admettre, en effet, que la prime soit plus forte suivant que l'extension des bénéficiaires est plus importante. Or, il n'en est rien, la prime reste invariable.

C'est avec satisfaction que nous constatons que beaucoup de compagnies honnêtes, voyant le résultat inique de cette jurisprudence, ont changé en conséquence la clause relative aux bénéficiaires du capital assuré en cas de mort accidentel de l'assuré. C'est ainsi qu'on peut lire dans un grand nombre de polices d'assurance individuelle : « La Compagnie garantit : En cas de mort, un capital fixé aux Conditions Particulières, payable au bénéficiaire désigné dans la police, ou à défaut, aux ayants-droit de l'assuré, porteur de la police et des pièces justificatives... » Ce n'est qu'équitable ; ayant perçu une prime, l'assureur en doit la contrepartie.

Nous sommes persuadé que la Cour de cassation, se rendant compte de son erreur, modifiera sa jurisprudence sur ce point et admettra, comme dans l'assurance sur la vie, qu'en cas de défaut de bénéficiaire désigné, le capital assuré pour le cas de mort de l'assuré doit tomber dans la succession de celui-ci.

CHAPITRE IV

LA GARANTIE DES FRAIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES

Dans ce chapitre, nous verrons d'abord en quoi consiste la garantie des frais médicaux et pharmaceutiques, telle qu'elle résulte des polices d'assurance individuelle auxquelles elle est parfois jointe. Connaissant ainsi cette garantie, nous examinerons ensuite sa nature juridique.

Ce chapitre sera donc divisé en deux paragraphes :

§ 1. En quoi consiste la garantie des frais médicaux et pharmaceutiques ?

§ 2. La nature juridique de la garantie des frais médicaux et pharmaceutiques.

§ 1

En quoi consiste la garantie des frais médicaux et pharmaceutiques ?

A la garantie des capitaux assurés pour le cas de mort et d'infirmité et de l'allocation quotidienne pour l'incapacité temporaire, l'assuré peut faire joindre la garantie des frais de traitement médical, frais qui consistent le plus souvent en honoraires des médecins intervenus dans le traitement et en frais pharmaceutiques nécessités par celui-ci, mais, auxquels peuvent venir s'ajouter

des frais d'hospitalisation, de radiographie, de traitement par diathermie, de cure dans une ville d'eau etc..

Par une clause facultative inscrite dans la police et moyennant paiement d'une surprime spéciale, l'assureur peut prendre à sa charge le remboursement de tous ces frais à l'assuré qui les auraient exposés, après production des notes justificatives.

La compagnie ne garantit jamais que le remboursement des dits frais à l'assuré, et non leur paiement direct aux praticiens. Les clauses particulières des polices relatives à cette garantie sont toujours rédigées en ce sens : « Par dérogation aux dispositions de l'article... des Conditions Générales, la garantie de la compagnie est étendue au remboursement des frais médicaux pharmaceutiques et d'hospitalisation... » D'où il résulte que les médecins et pharmaciens qui ont donné leurs soins ou fourni les médicaments à l'assuré accidenté, l'hôpital où l'assuré a séjourné, n'ont pas d'action contre la compagnie qui doit rester étrangère à leur égard.

Mais si telle est la garantie inscrite dans les contrats il arrive très souvent que les médecins et pharmaciens, à qui l'assuré a fait connaître, en leur montrant sa police, qu'il avait une assurance individuelle avec garantie des frais médicaux et pharmaceutiques, lui fassent crédit de ces frais. Dans ce cas l'assuré adresse parfois les notes des dits frais à la compagnie en lui demandant de les régler directement aux praticiens intéressés. Les compagnies s'y prêtent généralement et ne font aucune difficulté pour rendre ce service à l'assuré, si les notes produites sont dans les limites de la garantie inscrite dans la police. Si les notes dépassent les garantie prévue par la police, l'assureur les règle à concurrence de sa garantie

et laisse à l'assuré le soin de régler le solde. D'habitude, en ce cas, la compagnie verse à l'assuré la somme dont elle lui est redevable du chef de ces frais, quitte à ce dernier de la compléter pour en effectuer le paiement à son médecin traitant et à son pharmacien.

Les limites de cette garantie sont, dans la plupart des cas, de deux sortes :

1^o La garantie peut être accordée sans limite de somme, mais avec application d'un tarif. On trouve alors, dans les conditions particulières de la police, la clause suivante :

« Par dérogation aux dispositions de l'art..... des Conditions Générales, la garantie de la compagnie est étendue au remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation sans limite de somme, dans les termes des lois et décrets en vigueur concernant les accidents du travail, et ce pour tous les accidents garantis par le présent contrat ».

Le remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation se fait, dans ce cas, par l'assureur sans que la somme totale de ces frais soit prise en considération ; mais un autre élément intervient qui limite la garantie de la compagnie, c'est l'application aux détails de ces frais du tarif, fixé par arrêté ministériel, en ce qui concerne leur paiement en matière d'accidents du travail.

2^o La garantie peut être accordée sans application d'aucun tarif, mais avec fixation d'un maximum. Par exemple : garantie des frais de traitement médical jusqu'à concurrence de deux mille francs. Jusqu'à concurrence de la somme ainsi fixée, la compagnie doit régler intégralement les frais exposés par l'assuré. Si la somme

totale de ces frais dépasse la limite fixée par la police, c'est à l'assuré de la compléter de ses deniers.

§ 2

La nature juridique de la garantie des frais médicaux et pharmaceutiques

Il semblerait qu'aucune difficulté ne fût possible sur cette question, tant le caractère d'assurance de dommages de cette garantie saute aux yeux. Cependant, ce caractère lui a été contesté et la dite garantie assimilée à une assurance de personnes¹. Force nous est donc de démontrer le contraire.

Cette question présente un grand intérêt pour l'assureur, étant donné que les frais de traitement s'élèvent parfois, dans les cas graves, à des milliers de francs. Si la garantie des frais médicaux et pharmaceutiques est une assurance de dommages, l'assureur, en vertu de l'art. 36 de la loi du 13 juillet 1930, a un droit de recours contre l'auteur responsable, après avoir remboursé à l'assuré les frais qu'il aurait exposés. Si cette garantie est, au contraire, une assurance de personnes, l'assuré a le droit de se faire rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques par son assureur et de se retourner ensuite contre l'auteur responsable pour se les faire payer une seconde fois : ce n'est là que l'application de l'art. 55 de la loi précitée. Donc question de grande importance pour l'assureur.

Pour résoudre cette question, nous allons nous demander : pourquoi l'assurance de personnes n'a pas le

1. Volat, *A propos de la garantie des frais médicaux et pharmaceutiques*, article dans *L'Argus*, Journal International des Assurances, du 8 oct. 1933.

caractère indemnitaire ? Nous avons vu, en étudiant la nature de l'assurance individuelle, que s'il en est ainsi, c'est parce qu'il est impossible et inconcevable d'évaluer la vie et la santé humaine de l'assuré au moment de la survenance du risque ; c'est pour cette raison que pleine liberté est laissée aux parties de fixer arbitrairement les sommes assurées. Sommes-nous dans la même situation en ce qui concerne la garantie des frais médicaux et pharmaceutiques ? Nullement. Nous sommes en présence d'une assurance de remboursement de frais, frais qui se rapportent à des choses parfaitement évaluables puisque leur valeur est fixée par les notes produites par l'assuré qui les a payés.

D'autre part, dans l'assurance individuelle, la gravité du sinistre n'intervient que pour appliquer la proportion déterminée d'après cette gravité, aux sommes arbitrairement fixées dès la conclusion du contrat. Dans toute assurance de frais, au contraire, (comme c'est le cas pour la garantie des frais médicaux et pharmaceutiques), il n'y a pas de sommes arbitrairement fixées d'avance, somme à laquelle on appliquera une proportion variant suivant la gravité du sinistre ; ce qui est fixé d'avance dans cette sorte d'assurances, c'est soit l'application d'un tarif, soit l'application d'un maximum, mais la somme à laquelle on appliquera ce tarif, ou ce maximum est inconnue ; elle sera déterminée par les notes que produira l'assuré à la fin du sinistre.

Enfin, une démonstration *ab absurdo*. Si la garantie des frais médicaux et pharmaceutiques est une assurance de personnes, il faut admettre que l'assuré a le droit de se faire assurer par plusieurs compagnies le remboursement des dits frais relatifs à un accident, comme ce

droit lui appartient en ce qui concerne les sommes assurées pour le cas de mort, d'infirmité ou d'incapacité temporaire. On arriverait alors à ce résultat que l'assuré se verrait rembourser en triple ou en quadruple les frais qu'il a payés à ses médecins et pharmaciens. Cela serait tout simplement scandaleux. Or, si l'on refuse à l'assuré le droit de se faire garantir plusieurs fois le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, — et, en fait, c'est ainsi, car si une compagnie accepte la coassurance pour cette garantie, ce n'est que pour le complément ou l'excédent de la garantie de la première compagnie, — c'est donc que cette garantie est une assurance de dommages. D'autre part, si l'on n'admet pas les assurances multiples dans l'assurance de dommages, c'est pour que l'assuré n'ait pas intérêt à l'arrivée du sinistre ni non plus à l'aggravation des conséquences dommageables de celui-ci pour toucher plusieurs fois la somme assurée. Au cas où on ne refuserait pas, dans l'assurance individuelle, le droit à l'assuré de se faire garantir plusieurs fois le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, il aurait tout intérêt à aggraver les conséquences dommageables du sinistre, par exemple, en augmentant le nombre de visites médicales ou en achetant des produits pharmaceutiques plus qu'il en est nécessaire puisque leur valeur lui serait remboursée en triple ou en quadruple, suivant qu'il s'est assuré à trois ou à quatre compagnies.

Pour toutes ces raisons, qui sont péremptoires, il faut décider que la garantie des frais médicaux et pharmaceutiques est une assurance de dommages. Il n'y a d'ailleurs rien d'extraordinaire de voir réunies dans un seul *instrumentum* deux sortes d'assurances : une assu-

rance de personnes et une assurance de dommages. N'avons-nous pas déjà cité la « police-chasse » où également dans la même police se trouvent réunies une assurance individuelle et une assurance de responsabilité civile ?

* * *

Quelle est l'opinion des auteurs à ce sujet ? Elle est aussi dans le sens de l'assurance de dommages.

Manes, dans son *Dictionnaire des assurances*, écrit à ce propos : « L'assurance de frais funéraires et de traitement médical se caractérise comme une assurance de dommages, les autres indemnités (mort, infirmité, incapacité temporaire) tombent sous la notion d'assurance de sommes, dans laquelle les sommes assurées sont fixées d'avance, comme bases de calcul des indemnités et sont indépendantes de la preuve d'un dommage économique réel à la réalisation du risque »¹.

Et Van Eeckhout, dans son livre *Le droit des assurances terrestres*, s'exprime en des termes pas moins explicites : « Quant à la subrogation, la jurisprudence refuse à l'assureur de personnes le droit au recours contre le tiers responsable du dommage tout au moins quant au paiement de l'indemnité prévue au contrat ; il en est autrement pour les sommes encaissées du chef de frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation qui, dans les polices individuelles, sont quelquefois couverts moyennant surprime »².

1. Manes, *Versicherungswörterbuch*, p. 1596.

2. Van Eeckhout, *op. cit.*, p. 78.



Quelle est enfin la pratique de nos compagnies à ce sujet ? Il faut reconnaître qu'elle est tout à fait incohérente.

La plus grande partie des compagnies n'a pris aucune position sur cette question. Ces compagnies, sous prétexte que, d'après leur police, elles auraient renoncé à tout recours au profit de l'assuré ou de ses ayants-droit contre les tiers responsables d'un accident, paient à l'assuré les frais médicaux et pharmaceutiques sans s'occuper du fait de savoir si ces frais ne lui auraient pas déjà été remboursés par l'auteur responsable ou, pour être plus précis, car c'est presque toujours ainsi, par la compagnie assureur de l'auteur responsable.

D'autres compagnies, malgré la même inscription dans leur police individuelle, selon laquelle la compagnie abandonne tout recours au profit de l'assuré ou de ses ayants-droit contre les tiers responsables d'un accident, prétendent, au contraire, que cette renonciation ne s'entend qu'en ce qui concerne les sommes dues pour le cas de mort, d'infirmité ou d'incapacité temporaire et point quant à l'indemnité due du chef des frais médicaux et pharmaceutiques. Nous ne saurions leur donner tort.

Il va de soi que la renonciation ainsi inscrite dans la police ne doit s'étendre qu'à la partie relative à l'assurance de personnes et non à celle qui par sa nature est une assurance de dommages. Seulement, cette deuxième catégorie de compagnies ne va pas jusqu'à la conclusion logique, elles n'exercent qu'un recours officieux. Aussitôt que l'assuré insiste et prétend avoir droit au montant des frais médicaux et pharmaceutiques, alors même

qu'il les aurait déjà touchés de l'auteur responsable, la compagnie paie pour éviter un procès. De sorte qu'il n'existe aucune jurisprudence en cette matière.

Enfin, seul un nombre infime de compagnies ont vu juste dans ce domaine. Reconnaisant que la garantie des frais médicaux et pharmaceutiques n'est qu'une assurance de dommages jointe à une assurance de personnes, elles ont inscrit dans leur police individuelle une clause adéquate. C'est ainsi que nous lisons dans la police d'une de ces compagnies : « Si par clause spéciale, la garantie de la compagnie est étendue au remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation, la compagnie se réserve le droit de récupérer le montant des dits frais, auprès des tiers responsables, dans la limite des sommes qu'elle a elle-même payées, et ce, par dérogation partielle au dernier alinéa de l'article 1^{er} »¹. (Cet alinéa est relatif à la renonciation de la compagnie à tout recours contre les tiers responsables d'un accident). C'est là la seule solution juridique qu'on puisse admettre dans notre question.

Espérons qu'avec le temps, revenant de leur erreur, les autres compagnies suivront l'exemple de cette dernière catégorie d'assureurs.

1. Article 12 dernier alinéa de la police individuelle de la *Concorde*, (modèle conforme à la loi du 13 juillet 1930).

CONCLUSION

Jetant un coup d'œil en arrière, nous pouvons conclure que l'étude de l'assurance individuelle contre les accidents n'a pas été sans intérêt. Venant, avec l'assurance sur la vie, au premier rang des assurances de personnes, elle est, au point de vue économique et social, certainement plus utile que cette première, sa sœur aînée. Si sa garantie n'est limitée qu'au domaine des accidents, elle est d'un autre côté plus large que celle de l'assurance sur la vie qui ne couvre pas l'assuré pour les cas d'infirmité ou d'incapacité temporaire.

Par les combinaisons auxquelles l'assurance individuelle se prêterait avec les autres assurances de personnes, nous avons vu que son utilité est susceptible d'être étendue de la manière la plus variée. Nous savons maintenant qu'une assurance de dommages même peut être jointe à elle et élargir ainsi encore sa garantie.

Sa nature d'assurance de sommes, définitivement admise par l'art. 54 de la loi du 13 juillet 1930, doit être pour l'assurance individuelle un facteur important pour son développement ultérieur.

Un autre facteur dans le même sens, c'est la situation privilégiée du bénéficiaire des sommes assurées, que ce bénéficiaire soit l'assuré lui-même ou un tiers.

Mais il reste néanmoins quelque chose à faire dans le domaine de l'assurance individuelle, et c'est à cette

tâche que la doctrine devra employer toute ses forces de persuasion.

En premier lieu, il faudra faire admettre par la jurisprudence qu'une police individuelle souscrite par un patron en faveur d'un de ses ouvriers ou employés n'est pas du tout nulle en vertu de l'art. 2 de la loi du 9 avril 1898, étant donné que cette police n'ouvre aucun recours contre le patron, mais seulement contre l'assureur.

Ensuite, il faut souhaiter un revirement de jurisprudence sur la question du défaut de bénéficiaire désigné. Si le bénéficiaire désigné dans la police n'existe pas au moment de la mort accidentelle de l'assuré, le capital assuré doit tomber dans la succession de celui-ci, comme dans l'assurance sur la vie. L'assureur a touché une prime, il doit, par conséquent, la garantie du risque qui correspond à cette prime. L'équité le veut ainsi.

Enfin, la doctrine aura pour tâche d'amener les compagnies à reconnaître que la garantie des frais médicaux et pharmaceutiques est une assurance de dommages; d'où il suit que l'assureur, après avoir remboursé à son assuré les frais de traitement médical que ce dernier a dû exposer, a le droit d'exercer un recours contre le tiers responsable pour se les faire rembourser. Lorsque les compagnies auront compris ceci, beaucoup d'entre elles réinscriront de nouveau dans leur police individuelle la dite garantie qu'elles ont du supprimer à cause des sommes énormes qu'il leur a fallu débours.

Ces modifications ainsi apportées le développement de l'assurance individuelle ira croissant avec le progrès économique tous les jours plus important dans la vie des sociétés.

Vu, le Doyen,
Edgard ALLIX.

Vu, le Président de la Thèse,
Maurice PICARD.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris.
S. CHARLÉTY.

TABLE DES MATIÈRES

BIBLIOGRAPHIE	I
TABLEAU DES ABRÉVIATIONS	IX
AVANT-PROPOS	1

INTRODUCTION

§ 1. L'intérêt que présente l'étude de l'assurance individuelle	5
§ 2. L'historique de l'assurance individuelle	9
§ 3. L'objet de la présente étude, Division	15

TITRE I

L'ASSURANCE INDIVIDUELLE DANS SES RAPPORTS AVEC LES AUTRES ASSURANCES DE PERSONNES

<i>Chapitre I. — L'assurance individuelle proprement dite</i>	19
§ 1. L'assurance individuelle générale	19
§ 2. Les assurances individuelles spéciales	21
1° L'assurance individuelle professionnelle	22
L'assurance individuelle militaire	23
2° L'assurance individuelle extra-professionnelle	24
3° L'assurance individuelle contre les accidents de voyage.....	25
L'assurance individuelle contre les accidents de chemins de fer	26
L'assurance individuelle contre les accidents de voyage.....	26
L'assurance individuelle contre les accidents d'avion.....	27
 <i>Chapitre II. — L'assurance cumulative et l'assurance collective</i>	29
§ 1. L'assurance cumulative	29
§ 2. L'assurance collective	31
L'assurance contre les accidents par abonnement à un journal...	33

§ 3. L'assurance groupe	34
Aperçu sommaire. Assurance-groupe en France	34
Parallèle entre l'assurance-groupe et l'assurance collective	36
L'assurance-groupe contre les accidents et les maladies	38
L'assurance-groupe contre la mort accidentelle et la mutilation	39

Chapitre III. — L'assurance individuelle combinée avec une autre assurance de personnes 41

§ 1. L'assurance individuelle combinée contre les accidents et les maladies	41
§ 2. L'assurance individuelle complémentaire-vie	43
L'assurance complémentaire-vie dans les différents pays.....	44
L'assurance complémentaire-vie en France	46
<i>Garantie A.</i> — Décès par accident	46
<i>Garantie B.</i> — Incapacité permanente absolue	47
<i>Garantie C.</i> — Incapacité temporaire complète	50
Conditions d'existence de l'assurance complémentaire	51
§ 3. L'assurance individuelle combinée avec une contre-assurance	52

TITRE II

*LA NATURE DE L'ASSURANCE INDIVIDUELLE,
LE RISQUE QU'ELLE COUVRE, SON DOMAINE.*

Chapitre I. — La nature de l'assurance individuelle 57

§ 1. Les différences que présente l'assurance individuelle avec l'assurance sur la vie et l'assurance de choses	57
1 ^o Les différences que présente l'assurance individuelle avec l'assurance sur la vie	57
2 ^o Les différences que présente l'assurance individuelle avec l'assurance de choses	58
§ 2. Les différents caractères de l'assurance individuelle	59
Contrat synallagmatique, à titre onéreux, aléatoires.....	60
Consensuel	61
Commercial ou civil	63
§ 3. Le caractère non indemnitaire de l'assurance individuelle.....	64
La loi du 13 juillet 1930	64
Du principe que l'assurance est un contrat d'indemnité.....	65
Les raisons du changement de ce principe	66
L'assurance individuelle est une assurance de sommes	68
Les définitions données par les auteurs	69
La définition proposée	71
Les conséquences du caractère non indemnitaire de l'assurance individuelle	71

Chapitre II. — Le risque dans l'assurance individuelle 74

§ 1. Le risque envisagé en tant qu'éventualité d'un accident	75
--	----

§ 2. Le risque envisagé en tant que degré de probabilité de l'arrivée de l'accident	76
<i>Chapitre III. — Le domaine de l'assurance individuelle</i>	80
<i>Section I. — Le domaine de l'assurance individuelle à ses différents points de vue</i>	80
§ 1. Le domaine au point de vue de la nature des risques assurés...	80
§ 2. Le domaine au point de vue des personnes assurables.....	82
§ 3. Le domaine au point de vue de la situation territoriale des risques	84
<i>Section II. — L'assurance individuelle et la loi du 9 avril 1898</i>	85
§ 1. La prohibition de l'art. 2 de la loi du 9 avril 1898	86
§ 2. La validité des contrats d'assurance couvrant les bénéficiaires de la loi de 1898 contre les accidents qui pourraient leur survenir dans leur travail professionnel et en dehors de ce travail	87
§ 3. L'arrêt du 12 novembre 1929 et la critique de cet arrêt	93

TITRE III

LES OBLIGATIONS DE L'ASSURE

<i>Chapitre I. — Les obligations de l'assuré lors de la conclusion du contrat</i>	104
§ 1. Première obligation : Déclarer exactement le risques à garantir	104
Deux systèmes de déclaration :	
A. Le système de la déclaration spontanée	105
B. Le système du questionnaire	105
Les sanctions de cette obligation	106
I. La réticence et la fausse déclaration	108
II. L'omission et la déclaration inexacte	112
§ 2. Deuxième obligation : Déclarer les coassurances et les assurances antérieures résiliées	114
I. L'obligation de déclarer les coassurances	115
II. L'obligation de déclarer les assurances antérieures résiliées	117
§ 3. Troisième obligation : Payer la première prime	118
Clause de report d'effet du contrat	119
Clause de report d'effet de la garantie	120

Chapitre II. — Les obligations de l'assuré au cours du contrat 123

- § 1. Première obligation : Payer la prime aux époques convenues 123
 - I. La prime dans l'assurance individuelle 123
 - II. Les sanctions du non paiement de la prime 128
- § 2. Deuxième obligation : Déclarer les aggravations de risques... 130
 - I. Quelles sont les aggravations qui doivent faire l'objet d'une déclaration ?..... 132
 - II. Forme et délais de la déclaration des aggravations de risques 134
 - III. Les droits de l'assureur en cas d'aggravation du risque. 135
 - 1° L'assuré a fait la déclaration dans les formes et délais requis 136
 - 2° L'assuré n'a pas fait de déclaration 137
 - 3° L'assuré a fait la déclaration, mais d'une façon non satisfaisante..... 141

Chapitre III. — Les obligations de l'assuré au moment du sinistre 143

- § 1. Première obligation : Déclarer le sinistre dans le délai imparti 143
 - La sanction de cette obligation 144
 - En quoi consiste la déclaration à faire 145
- § 2. Deuxième obligation : Faire la preuve de l'accident 146
 - En quoi consiste cette preuve ?..... 147
 - Les droits qui en résultent pour l'assureur 149
- § 3. Troisième obligation : Faire tout ce qui est possible pour amener une prompte guérison et tenir l'assureur au courant de son état 150
 - I. L'assuré accidenté doit faire tout ce qui est possible pour amener une prompte guérison 150
 - II. L'assuré doit tenir l'assureur au courant de son état consécutif à un accident 153

TITRE IV

LE PAIEMENT DE LA SOMME ASSURÉE

Chapitre I. — Les conditions requises pour avoir droit à la somme

- assurée* 157
- § 1. La somme assurée 157
 - Le rapport entre les sommes assurées 158
 - Les différentes combinaisons de sommes assurées 159
 - La franchise déductive et la franchise conditionnelle 160

§ 2. Qu'entend-on par accident ?.....	161
§ 3. La nécessité d'un accident garanti	165
I. Risques exclus par les conditions générales	166
II. Risques exclus par les conditions particulières	167
<i>Chapitre II. — La fixation et le paiement de la somme assurée</i>	170
§ 1. La fixation de la somme assurée	170
§ 2. Le paiement de la somme assurée	174
<i>Chapitre III. — Le bénéficiaire de la somme assurée et ses droits</i>	177
§ 1. Le bénéficiaire	177
I. Dans quel acte peut être faite la désignation du bénéficiaire	178
II. De quelle manière l'assuré peut désigner le bénéficiaire ?	180
§ 2. Les droits du bénéficiaire	181
I. Cas où l'assuré est lui-même bénéficiaire des sommes assurées	181
1° Infirmité	181
2° Incapacité temporaire	183
II. Cas où le bénéficiaire de la somme assurée est un tiers (cas de mort de l'assuré)	183
§ 3. Le défaut de bénéficiaire désigné	185
Jurisprudence des cours et tribunaux et critique de cette jurisprudence	186
Le rapport du Conseiller Pilon et l'arrêt de la Chambre des Requêtes du 15 mai 1934	188
La critique de ce rapport	191
<i>Chapitre IV. — La garantie des frais médicaux et pharmaceutiques.....</i>	197
§ 1. En quoi consiste la garantie des frais médicaux et pharmaceutiques ?	197
§ 2. La nature juridique de la garantie des frais médicaux et pharmaceutiques	200
Pourquoi cette garantie est une assurance de dommages ?	200
L'opinion des auteurs	203
La pratique des compagnies	204
CONCLUSION	206
TABLE DES MATIERES	209

Imprimerie F. BOISSEAU, 34, rue du Taur. — TOULOUSE

